PATHOLOGIE UND THERAPIE

DER

SYPHILIS

VON

DR. MORIZ KAPOSI,

k. k. a. ö. Professor für Dermatologie und Syphilis und Vorstand der Klinik und Abtheilung für Hautkranke an der Universität in Wien.

1. HÄLFTE.

MIT 10 IN DEN TEXT GEDRUCKTEN HOLZSCHNITTEN.

STUTTGART.
VERLAG VON FERDINAND ENKE.
1881.

Empfehlenswerthe medicinische

Lehrbücher und Compendien.

h. 8 M. 80.
heilenden
20 M.
ifferential-
4 M.
Holzschnitt
3 M. 60.
hrigen Ge-
rd Jenner.
6 M.
de. gr. 8.
42 M.
14 M.
. 8. 1880.
8 M.
guren auf

10 Tafeln in Farbendruck, nach der Natur gemalt und erläutert. Lex.-8. 1877. geh. 12 M.

Cohnstein, Docent Dr. J., **Grundriss der Gynäkologie.** Mit 113 Holzschnitten. gr. 8. 1876. geh. 6 M. 80.

Falck, Prof. Dr. F. A., **Lehrbuch der praktischen Toxikologie** für praktische Aerzte und Studirende. Mit Berücksichtigung der gerichtsärztlichen Seite des Faches bearbeitet. gr. 8. 1880. 8 M.

Fischer, Docent Dr. E., **Handbuch der Verbandlehre.** Mit 147 in den Text gedruckten Holzschnitten. gr. 8. 1878. geh. 5 M.

Fischer, Dr. G., **Handbuch der allgemeinen Operations- und Instrumentenlehre.** Mit 176 Holzschnitten. gr. 8. 1880. geh. 7 M.

Hebra, Prof. Dr. F., und **Kaposi,** Prof. Dr. M., **Lehrbuch der Hautkrankheiten.** Zweite Auflage. 2 Bände. gr. 8. 1872—1878. 28 M. 60.

Heckel, Dr., **Compendium der Unterleibshernien.** gr. 8. 1880. geh. 3 M.

Hedinger, Dr. A., **Die Galvanocaustik seit Middeldorpff.** Nach fremden und eigenen Erfahrungen für das praktische Bedürfniss dargestellt. Mit 8 lithogr. Tafeln. gr. 8. 1878. geh. 4 M.

Hegar, Prof. Dr. A., und **Kaltenbach,** Prof. Dr. R., **Die operative Gynäkologie** mit Einschluss der gynäkologischen Untersuchungslehre. Zweite gänzlich umgearbeitete und vermehrte Auflage. 1. Hälfte. Mit 134 in den Text gedruckten Holzschnitten. gr. 8. 1880. geh. 8 M. 60.

Hersing, Dr. Fr., **Compendium der Augenheilkunde.** Zweite Auflage. Mit 33 in den Text gedruckten Holzschnitten und einer lithogr. Tafel. 8. 1878. geh. 6 M.

Kirchner, Oberstabsarzt Dr. C., **Lehrbuch der Militär-Hygiene.** Zweite gänzlich umgearbeitete Auflage. Mit 88 Holzschnitten und 8 lithogr. Tafeln. gr. 8. 1877. geh. 14 M. 80.

Knebusch, Dr. Th., **Vollständiges Taschenbuch bewährter Heilmethoden und Heilformeln für innere Krankheiten.** Dritte vermehrte und besonders durch Dosirung der Heilmittel in Grammen-, statt in Unzen-Gewicht veränderte Auflage. kl. 8. 1871. geh. 4 M.

Allgemeiner Theil.

Begriff der Syphilis.

§. 1. Den Gegenstand der vorliegenden Abhandlung bildet die Syphilis.

Man begreift allgemein unter Syphilis eine grosse Reihe sehr mannigfacher, aber nach ihrer gemeinschaftlichen Ursache — einem specifischen Virus — einheitlicher und eigenartiger (specifischer) Krankheitsformen des menschlichen Organismus, welche nicht anders als durch Uebertragung von Individuum auf Individuum entstehen können — erworbene, acquirirte oder Contact-Syphilis; oder durch Uebertragung von einer Person auf eine dritte auf dem Wege der Zeugung — hereditäre Syphilis.

In dieser Allgemeinheit dürfte die vorangestellte Definition der Syphilis der Zustimmung der meisten Pathologen sich erfreuen.

Sobald jedoch die Krankheitsformen in concreter Weise angegeben werden sollen, welche in den Rahmen dieser allgemeinen Definition einzufügen wären, so machen sich schon bedeutende principielle Meinungsverschiedenheiten der Autoren geltend, mit denen nach dem heutigen Standpunkte unserer Lehre jede Darstellung über Syphilis rechnen muss.

Dem herkömmlichen Gebrauche entgegen, wollen wir diese Differenzpunkte nach ihrem meritorischen Inhalte gleich an der Eingangsstelle dieser Abhandlung vorbringen. Der Leser soll gleich hier erfahren, dass es sich dabei nicht um eitel theoretische Abstractionen, sondern um tief in die praktische Medizin einschneidende Anschauungen handelt, bezüglich welcher sich zu orientiren und selbständig zu urth ilen jeder Arzt anstreben muss.

Diese von einander so wesentlich abweichenden und gegenseitig si ausschliessenden Lehrmeinungen sind:

1) Das Syphilisgift veranlasst unter allen Umständen an der St .le, wo dasselbe eingebracht worden (allgemeine Decke, Schleimha t), eine örtliche Krankheit — Schanker aller Art —, welche als

örtliches Uebel, ohne alle Folgen für den Organismus enden kann. Von dieser örtlichen Affection aus kann aber auch das Gift in den Organismus eindringen und diesen durchseuchen, d. i. constitutionelle Syphilis zur Folge haben.

2) Diese Lehrmeinung sei richtig. Allein ein Theil der in dem ersten Lehrsatze mit einbezogenen localen Uebel — der weiche Schanker — stammt von einem Contagium her, das mit Syphilis gar nichts gemein hat. Nur der sogenannte harte Schanker stammt vom syphilitischen Virus. Dieser ist der erste Effect des Giftes und ein örtliches Uebel, von welchem aus unausbleiblich der Gesammtorganismus inficirt wird und constitutionelle Syphilis entsteht.

3) Weder der weiche, noch der sogenannte harte Schanker haben nach ihrer Quelle und Bedeutung irgend etwas mit Syphilis gemein. Das syphilitische Virus veranlasst niemals Schanker und überhaupt niemals eine örtlich bleibende Affection, sondern stets nur constitutionelle Erkrankung. Der an der Inoculationsstelle des Syphilisgiftes entstehende örtliche Affect ist niemals ein Schanker, sondern ein Knoten, — die Induration — und selbst schon ein Symptom der der Induration vorangegangenen und vollbrachten Durchseuchung des Gesammtorganismus.

Diese so divergenten Ansichten sind aus der individuellen Beurtheilung der geschichtlichen Thatsachen hervorgegangen und in dem Bestreben, diese letzteren zu erklären, im obigen Sinne formulirt worden. Um ihnen gegenüber ein Urtheil zu gewinnen, ist es nöthig, zunächst eben jene Thatsachen kennen zu lernen und zu prüfen, welche in der Geschichte der Syphilis niedergelegt sind, sodann aber, unbeeinflusst von der letzteren, die Naturgeschichte der Krankheit an ihrem Träger mittels objectiver klinischer Beobachtung und mit Hülfe des Experimentes zu studiren.

Geschichte.

§. 2. Der Begriff der Syphilis als einer einheitlichen Krankheitsfamilie ward erst gegen Ende des 15. Jahrhunderts geschaffen.

Nach übereinstimmenden historischen Angaben tauchte um das Jahr 1494 oder Anfangs 1495 in Neapel eine anscheinlich bis dahin unbekannte Krankheit auf, welche durch ihre rasche epidemische Verbreitung und ihre intensiven Symptome der Schrecken der Völker wurde. Von Neapel aus, wo sie unter den daselbst weilenden Truppen Karls VIII. grosse Verheerungen anstiftete, breitete sich die „neue Pest“ alsbald über Italien, ganz Deutschland, Frankreich und Spanien aus; Arm und Reich, Vornehm und Gering, Jung und Alt, Laien und Priester wurden in gleich heftiger Weise von ihr heimgesucht.

Die rasche und allgemeine Verbreitung des Uebels hat gleich in den ersten Jahren seines Bestandes eine überraschend reiche Litteratur veranlasst, die zum grössten Theile in dem Sammelwerke: Aphrosidiacus, sive de Lue venerea ab Aloysio Luisino niedergelegt ist.

Die Schriftsteller jener Zeitperiode beschäftigten sich eifrig mit der Erörterung einer Reihe von Fragen, welche den Ursprung und die Bedeutung der „neuen“ Krankheit betrafen. Man hielt sie für ein alt bekanntes, aber durch äussere Momente, üble Constellation, Witterungsverhältnisse, Kriegsnoth etc. zu grösserer Heftigkeit angefachtes Uebel. Oder man leitete sie einzig aus den letzteren Momenten her. Manche wollten in ihr eine Abart der damals schon im Erlöschen begriffenen Lepra erkennen[1]), weil ihre Symptome auf der Haut mit den von den Arabisten beschriebenen leprösen Hautausschlägen (Sahafati, Botor) grosse Uebereinstimmung zeigten, eine Ansicht, die bis heute noch vereinzelte Vertreter gefunden.

Von Anderen wurden die pustulösen (impetiginösen) Ausschläge der Syphilis mit Variola in Beziehung gebracht. Daher die noch später gebräuchlichen Bezeichnungen „la vérole“, „la (grosse) grande vérole“, „die spanische Pockenkrankheit“ für Syphilis, „Blatternhaus“ für Syphilis-Hospital[2]).

In dem Widerstreit der Ansichten über den meritorischen Ursprung des Uebels hielt man sich an die vermeintliche geographische Herkunft desselben. Italiener (Neapolitaner), Franzosen und Spanier beschuldigten sich gegenseitig, die Krankheit nach den betreffenden Ländern importirt zu haben. Dem entsprachen auch die Bezeichnungen: „mal d'Italie“, „mal de Naples“, „mal francese“, „Franzosenkrankheit“, „morbus gallicus“ etc., von denen die letztere, wenigstens in Deutschland und Italien, fast allgemein gebräuchlich wurde.

Die seit Leo Africanus vielfach wiederholte Behauptung, die Seuche sei durch die aus Spanien vertriebenen Marranen (Mauren, Juden) nach Italien verschleppt worden, ist mehrfach (Jo. Nauclerus, ein Zeitgenosse, Sprengel u. A.) als historisch vollständig unbegründet dargethan worden.

§. 3. Der den Nationen, wie einzelnen Individuen innewohnende Wunsch, die Schuld an einem Unglücke möglichst weit von sich abzuwälzen, hat in dem zur Zeit des Syphilisausbruches eben entdeckten Amerika ein erwünschtes Zielobject gefunden. Es dauerte gar nicht lange, dass man die Bewohner der Antillen, die Westindier, als seit Jahrhunderten mit der Seuche behaftet ausgab, von denen die Matrosen des Columbus dieselbe nach Europa gebracht hätten. Schon im Jahre 1518 hat ein Salzburger Arzt, Leonhard Schmaus, diese Thatsache als „Allen bekannt“ hervorgehoben[3]) und dieselbe einfach mit der Angabe beweisen zu können geglaubt, dass jene Westindier auch im Besitze längst erprobter Mittel (Holztränke) gegen diese Krankheit wären. Doch hat vorwiegend der Spanier Oviedo (1525) der Ansicht

---

[1]) Seb. Aquilanus, De morbo gallico, Luisin. pag. 5. „Ex quibus jam clarum est omnibus . . . . morbum dictum vulgo gallicum, esse elephantiasim.“

[2]) „Frantzosen-Arzt, das ist, was die Frantzosen für eine Krankheit etc. etc. zusammengetragen durch Petrum Sartoricum Bürgern und Wundarzten in Strassburg, des Blatterhauses daselbst bestellten Frantzosen-Arzten“, Erffurth 1658.

[3]) Leonardi Schmai, De morbo gallico tractatus, Luisin. pag. 383. „Compertum est jam omnibus, occidentales indos per plurimos annos hoc morbo graviter laborasse.“

von dem amerikanischen Ursprunge der Seuche eine Art documentarischer Stütze verliehen [1]). Seine diesbezüglichen Arbeiten haben zahlreiche litterar-historische Streitschriften, Für- und Gegenäusserungen, Bestätigungen und Anzweiflungen geweckt, deren Serie bis auf den heutigen Tag nicht abgeschlossen ist. Es mag hier genügen, auf die in dieser Beziehung wichtigsten und im Litteratur-Verzeichnisse angeführten Arbeiten zu verweisen von Astruc, Sanchez, Girtaner, Hensler aus dem vorigen Jahrhundert, die neueren, kritisch-historischen Arbeiten von F. A. Simon, Friedberg, Finckenstein, Geigel, Güntz, Montejo, Gaskoin, Quist und die in den bekannten medizinisch-geschichtlichen und Syphilis-Werken von Häser, Hirsch, Dieterich, Lancereaux, Zeissl, Bäumler und Anderen niedergelegten historischen Erörterungen. Das Resultat des hier nur zum Theile angedeuteten geschichtlichen Materiales ist, dass die schon frühzeitig von vielen Seiten bezweifelte Behauptung Oviedo's, dass die Matrosen des Columbus die Krankheit als ein in Europa vorher nie gekanntes Uebel von den Antillen herübergebracht hätten, trotzdem dieselbe von Astruc mit allem Aufwande von Argumenten noch im vorigen Jahrhundert vertheidigt worden, von Girtaner und vielen späteren Autoren widerlegt wurde und heut zu Tage fast keinen Vertreter mehr findet.

Ebensowenig konnten die von manchen Seiten geltend gemachten Annahmen, dass die Syphilis von Afrika [2]), oder von Asien durch die Zigeuner [3]) importirt, oder speciell durch Transformation der Lepra, oder ihre Combination mit den Yaws der Westindier und Afrikaner entstanden sei, historisch begründet werden, obgleich noch in den letzten Jahren F. A. Simon den leprösen Ursprung der Krankheit mit grossem Aufwande historischer Belege zu erweisen sich bemüht hat.

§. 4. Der Knotenpunkt der Entscheidung über die Herkunft der Syphilis lag aber von vornherein in der Frage, ob die Syphilis wirklich die originäre und bis dahin unerhörte Seuche gewesen sei, als die sie von so vielen Schriftstellern der 15. Säcularwende hingestellt wurde, oder ob sie nicht vielmehr eine seit Alters her bestandene, aber unter anderen Namen bekannte Krankheit darstellte.

Die historischen Belege für die letztere Auffassung sind ausserordentlich zahlreich. Abgesehen davon, dass ziemlich beglaubigte Zeugnisse darüber vorliegen, dass im 15. Jahrhundert selber, mehrere Jahre vor dem angeblichen Entstehungsdatum der Seuche, 1493—1495, mit den Symptomen der Syphilis behaftete Individuen existirt haben [4]), finden sich sowohl in den chinesischen [5]) und indischen [6]) medizinischen

[1]) Gonzalo Hernandez de Oviedo, Relacion sumaria de la historia general y natural de las Indias occidentales. Toleti 1525.

[2]) van Swieten, Commentaria in Boerhavii aphorismos. Vol. V. Lugduni Batavor. 1772.

[3]) Schaufuss, Neueste Entdeckung über das Vaterland und die Verbreitung der Pocken und Lustseuche. Leipzig 1805.

[4]) S. u. A. Brief des Peter Martyr Anglerius an Arias Barbosa, der nicht später als 1488 geschrieben sein kann. Finckenstein l. c. pag. 23.

[5]) In dem Werke Nusi-King, nach Capitän Dabry, s. Friedberg l. c. pag. 96.

[6]) Sucrutas, Uebersetzung von Hessler. Erlangen 1844—1850, bei Friedberg l. c. pag. 29.

Schriften, als in der Bibel, und namentlich in der griechischen und römischen Litteratur, den medizinischen und Laien-Schriften und Chroniken des ganzen Mittelalters, zahlreiche Beweise von der Existenz solcher Krankheiten[1]), welche mit den von den ersten Schriftstellern über Syphilis angeführten Formen übereinstimmen und namentlich von Ansteckung mittels des Coitus hergeleitet wurden. Die „Plage“, welche die Juden bei ihrem Durchzuge durch Kanaan von ihrem Umgange mit den dem Phallusdienste ergebenen Moabiterinnen davon trugen, war noch zu Zeiten Josua's in Israel nicht erloschen. Hippokrates spricht an verschiedenen Stellen seiner Aphorismen[2]), namentlich im dritten Abschnitte. Aphor. 13. 20 und 23 von *βράγχοι καὶ κόρυζαι καὶ κεφαλαλγία*; in Aphor. 21 von *στομάτων ἑλκώσεις καὶ σηπεδόνες αἰδοίων.* Im III. Buche der Epidemien[3]) heisst es: „Viele bekamen Schwämme und Geschwüre im Munde, häufige Flüsse auf die Schamtheile, Geschwüre und Blattern auswendig und inwendig um die Weichen herum; ferner feuchte, langwierige, anhaltende, schmerzhafte Augenentzündungen an der inneren und äusseren Seite der Augenlider, Auswüchse, die man Feigwarzen nennt.“ Celsus lässt sich über Genitalaffectionen allerlei Art ziemlich weitläufig aus[4]). Die profanen Schriftsteller der römischen Kaiserzeit führen nicht nur solche Krankheitsformen der Geschlechts- und anderer Körpertheile an, sondern verkünden es deutlich, dass der sexuelle Excess, der Missbrauch und die Verirrungen des Geschlechtslebens (Irrumare, Fellare, Lingam, Cunnilingus, das Basiare) zu der Entstehung und Verbreitung derselben Veranlassung geben[5]). Ebenso ist die Chronik des Mittelalters reich an Belegen für die Entstehung und Verbreitung von Geschlechtskrankheiten, Geschwüren, bösen Ausflüssen etc. durch geschlechtlichen Verkehr mit kranken Weibsbildern.

Gewiss ist jedoch, dass in der ganzen medizinischen und Profan-Litteratur der voramerikanischen Zeit keine einzige unbezweifelbare Angabe darüber zu finden ist, dass die erwähnten, per coitum acquirirbaren Uebel im Verlaufe der Zeit zu einer charakteristischen und specifischen Erkrankung der Blutmasse, der Haut, der Schleimhaut, des Gesammtorganismus führen und die letzteren mit den ersteren in strenger ätiologischer Beziehung stehen. Dies ist der Grund, weshalb bis auf den heutigen Tag die Aerzte bezüglich der Frage von dem Alter der Syphilis noch immer in zwei Lager getheilt sind, indem die Einen die Krankheit als ein seit jeher bestandenes Uebel, die Anderen dasselbe

---

[1]) Edm. Güntz cit. op.

[2]) Οἱ τοῦ Ἱπποκράτους Ἀφορίσμοι. Glasguae 1748. Τμῆμα τρίτον, κα.

[3]) Hippocratis Epidem. etc. Ed. Kühn. III. 481.

[4]) Celsus, Medic. libri octo. Londini 1837. pag. 322. Lib. VI. Cap. XVIII. 2. De colis morbis. 4. De phagedaena in cole nascente, 8. De condylomate.

[5]) Siehe Rosenbaum, besonders l. c. p. 280. Martial's Gedicht über die „basiatores“ ad Bassum. Von diesem Satyriker rührt auch das Epigramm her: De familia ficosa (Lib. VII. epigr. 71).

„Ficosa est uxor, ficosus et ipse maritus;
Filia ficosa est, et gener atque nepos;
Nec dispensator, nec villicus ulcere turpi
Nec rigidus fossor, sed nec arator eget:
Cum sint ficosi pariter juvenesque senesque
Res mira est, ficus non habet unus ager.

als zur genannten Zeitperiode neu aufgetauchtes, allenfalls aus der damals schon im Erlöschen begriffenen Lepra hervorgegangenes Uebel ansehen. Eine Entscheidung in dieser Richtung ist auch gar nicht zu erwarten in Anbetracht dessen, dass die Aerzte des Alterthums und Mittelalters eine nur flüchtige Semiotik der pathologischen Vorgänge geben und den unsrigen adäquate Vorstellungen über Ansteckung, Aufnahme und Resorption eines Krankheitsstoffes in den Organismus gar nicht haben konnten.

§. 5. Es steht aber ausser Zweifel, dass die in Rede stehende Krankheit in dem letzten Jahrzehnte des 15. Jahrhunderts in grosser Ausbreitung und Intensität sich geltend gemacht hat.

So wie die Neuzeit beim Studium dieser Krankheit einfach mit dieser Thatsache rechnet, so gab es auch zu jener Epoche Aerzte, welche von den nosologischen, historischen und ätiologischen Elucubrationen ihrer Zeit nicht mehr Notiz nahmen, als dieselben verdienten und sich an den Gegenstand selbst, an die Krankheit, ihre erfahrungsmässige Entstehungs- und Verlaufsweise hielten. Und solche Aerzte erklärten ohne weiteres, dass man in der neuen Pest eine nur durch den geschlechtlichen Verkehr und durch directe Ansteckung zu erlangende Krankheit vor sich habe. So hat schon unmittelbar zur Zeit des angeblich ersten Auftretens der Krankheit, im Jahre 1495, Marcellus Cumanus den venerischen Charakter der Krankheit hervorgehoben und demgemäss dieselbe als „Lues venerea" bezeichnet. Derselbe gibt bereits mit bemerkenswerther Genauigkeit an, dass durch einen Coitus (allerdings „ex ebullitione humorum") Geschwüre an den Genitalien („Caries pudendorum vel a Carolis", „Ulcera virgae") entstehen, von wo aus Schwellung und Vereiterung der Leistendrüsen (Bubones) und allgemeine Ausschläge veranlasst werden. Er schreibt [1]: ..... me vidisse attestor, pati plures pustulas in facie et per totum corpus, et incipientes communiter sub praeputio vel extra praeputium ..... „Aliquando incipiebat pustula una in modum vesiculae parvae sine dolore, sed cum pruritu. Fricabant et inde ulcerabatur tamquam formica corrosiva, et post aliquot dies incurrebant in angustiis propter dolores in brachiis, cruribus, pedibus cum pustulis magnis" ...

Der innerlich bedeutungslose Name „Syphilis" wurde erst um das Jahr 1520 von Fracastorius geschaffen, der in einer an Bembus gerichteten poëtischen Epistel [2]) einen Hirten Syphilus von der Seuche befallen werden lässt. Allein die Autoren hielten sich durchwegs in der Benennung der Krankheit an die bewusste Ursache, den venerischen Ursprung. Und so blieb noch bis in's 18. Jahrhundert der Name „Lues venerea" mehr beliebt. Die Bezeichnung „Syphilis" hat Carmichael bereits 1825 im Sinne Hunter's für den harten Schanker und dessen allgemeine Folgen reservirt, während er für die seit Hunter als Pseudosyphilis gegoltenen weichen Geschwüre und andere Affectionen der Genitalien den Namen der „vene-

[1]) Hensler. Excerpt. pag. 11.
[2]) Hieronymi Fracastorii, Syphilis s. morbi gallici. Lib. I. ad Petrum Bembum. Luisin. pag. 183.

rischen Krankheiten“ vorschlug. Aber erst seit den 30er Jahren dieses Jahrhunderts hat sich das Wort Syphilis in dem Maasse mehr eingebürgert, als mit demselben die constitutionelle Krankheit, im Gegensatz zur localen Affection, ausgedrückt wurde.

§. 6. Was nun die Krankheitsformen selber anbelangt, welche zu jener Zeit unter dem Sammelnamen der Lues venerea, oder des Morbus gallicus zusammengefasst wurden, so erkennen wir in denselben ohne weiteres diejenigen, welche auch heut zu Tage der Syphilis zugezählt werden. Die meisten Autoren der Zeit von 1495—1500 beschreiben neben den „Carolis virgae“ „Pustulae magnae“ am gesammten Körper, geschwürige Zerstörungen der Nase, des Gaumens, der Rachenschleimhaut [1]), nächtliche Kopf- und Knochenschmerzen („Tophi“, „Gummositates“ etc.). Die Blennorrhoe der Harnröhre wird nur nebenher erwähnt.

Die Wahrnehmung, dass die Krankheit zumeist mit geschwürigen Affectionen der Genitalien, oder einem Ausfluss (Gutta) beginne, wurde von Vielen hervorgehoben. Aber die Allgemeinerscheinungen, welche auch als „allgemeine Befleckung der Blutmasse“ angesehen wurden (Cataneus), konnten doch von den Genitalerkrankungen nicht allgemein in der Weise zeitlich geschieden werden, wie dies später der Fall war, und namentlich seit Hunter geschieht; offenbar, weil zu jener Zeit die Allgemeinerscheinungen viel rascher auf die Localaffection folgten, als die späteren Beobachtungen lehrten. Auch durch grössere Intensität und rapideren Verlauf scheint die Krankheit jener Tage von der in den späteren Jahrhunderten beobachteten sich ausgezeichnet zu haben.

Insbesondere scheinen die ulcerösen Prozesse der Haut und Knochen, die nach den späteren und heutigen Erfahrungen meist viele Monate und Jahre nach dem Primäraffect auftreten, und bekanntlich daher auch als „tertiäre“ Symptome bezeichnet worden sind, damals in fast unmittelbarer Folge der Localerkrankung sich eingestellt zu haben [2]).

Neben der für den damaligen Stand der medizinischen Wissenschaft ziemlich erschöpfenden und zutreffenden Symptomatologie der Lustseuche haben Einzelne auch deren Wesen näher zu beleuchten sich bemüht. Ohne von den die Zeit beherrschenden Galenischen Theorien von den vier Cardinalsäften sich vollständig befreien zu können, haben sie doch den supponirten Ansteckungsstoff als fix bezeichnet, der nur durch directe Berührung, zumeist allerdings während des Coitus, aber auch durch Küssen, Saugen, von Kind auf Amme (Joh. Almenar, 1502; de Vigo, 1513; Fracastorius u. A.), Blasinstrumente, Ess- und Trinkgeräthe u. s. w. übertragen werden könne. Dass auch der Hauch des Mundes, „anhelitus“, von Syphilitischen für Andere an-

---

[1]) Siehe meine Monographie: „Die Syphilis der Schleimhaut“ etc. Erlangen 1866. pag. 15 et sequ.

[2]) Einzelne derartige Beobachtungen kann man übrigens auch heutzutage machen. Ich habe die bösartigste Rupia drei Monate nach Acquirirung des Schankers an einem jungen Manne gesehen. Tophi als erstes Symptom der Lues universalis sind nicht selten.

steckend sei, wurde zwar hie und da erwähnt, aber nur von Wenigen geglaubt.

Wie überaus richtig einzelne Aerzte schon damals das innere Wesen der Syphilis erkannt haben, geht namentlich aus den Schriften des Fernelius (1485—1558) hervor. Dieser Autor sagt [1]: Efficiens eius (luetis venereae) causa, venenata est, et maligna qualitas, atque perniciosa labes, quae in quacunque corporis parte primum insederit, eam contaminat, indeque continuatione in corpus omne spargitur, et .... propagatur, dum non spiritus modo atque humores, sed et carnem et partes omnes solidas pervagetur. Ea porro qualitas (— d. i. das syphilitische Gift —) non simplex et solitaria est, sed in humore subsistit, quo ut subjecto quodam et vehiculo utitur. Neque qui jam inquinatus est, alium halitu solo, sed liquore de se in alterius corporis partem epidermide nudatam ejecto contaminat, e qua malum prorsus initium sumit. Itaque venerea lues contagiosus est morbus non sponte, intimoque corporis vitio, sed attactu solo contrahendus. Nam et quam quis ab ortu accepit, ea olim ex parentum contagione processit .... Inquinatur autem duntaxat vel purus ab impuro, vel impurus ab eo, qui longe sit impurior, a simili vero aut a minus impuro nunquam. .... Impuritas non ex cute spectatur, quod saepe, maximeque inveterata lue fermentum intus reconditum sit et abstrusum („latente Syphilis“ der modernen Bezeichnung).

Man kann nicht deutlicher das Wesen der Syphilis charakterisiren, als Fernelius dies in obigen Sätzen gethan, die selbst vom heutigen Standpunkte der Wissenschaft gebilligt werden müssen und für jene Zeitepoche eine geradezu geniale Auffassung bekunden. In denselben erklärt Fernelius, dass das syphilitische Virus zunächst eine Körperstelle ansteckt und von da erst in den Organismus vordringt; dass alle Gewebe und Säfte von demselben schliesslich durchseucht werden; dass die Säfte und Gewebe das Vehikel des Contagiums darstellen; dass die Ansteckung nur an einer von Epidermis entblössten Hautstelle haftet, und nur durch directen Contact; dass von der Geburt datirende Syphilis von den Eltern herrührt (hereditäre Syphilis); dass die Syphilis auch latent, d. i. pro momento äusserlich nicht kenntlich zugegen sein kann; und schliesslich, dass ein bereits Syphilitischer nicht neuerdings syphilitisch werden kann — lauter Lehren, die noch heute gelten.

Leider ist diese Objectivität der Syphilislehre in der Folge nicht allgemein bewahrt und gepflegt worden. Nach dem dritten Decennium des 16. Jahrhunderts war die Litteratur der Syphilis nur wenig fruchtbringend. Der Streit über den Werth des in Misscredit gekommenen Quecksilbers gegenüber den vielseitig angepriesenen Holztränken [2]) (Guajak, Lignum sanctum, Sarsaparilla) erfüllte neben der einfachen Wiederholung der längst bekannten Symptomatologie die Werke, welche im Laufe der späteren zwei Jahrhunderte über den Gegenstand handelten.

§. 7. Erst in den letzten Decennien des 17. und gegen Ende des vorigen Jahrhunderts begannen auf's Neue die Erörterungen und

---

[1]) Luisin. pag. 614.

[2]) Ulrichi de Hutten, „De morbi gallici curatione per administrationem ligni Guajaci“, Luisin. pag. 275 und viele Andere.

Studien über die Bedeutung und das gegenseitige Verhältniss der einzelnen unter dem Sammelnamen „Lues venerea“, oder „Syphilis“ zusammengefassten Krankheitsvorgänge.

Den nächsten Anlass zu denselben gab die von den Praktikern gemachte Erfahrung, dass der Tripper in der Regel als locale Krankheit, ohne weitere Folgen für den Gesammtorganismus verlief. Schon einzelne ältere Autoren (Brassavolus) hatten darum eine Gonorrhoea gallica (Allgemeinleiden) und eine Gonorrhoea venerea (Localkrankheit) unterschieden. Auch Sydenham [1]) (1680) betonte, dass der Tripper durch einfache Mittel geheilt werden könne, wenn er auch nebenher meinte, dass aus dem Tripper durch Vernachlässigung, oder bei langer Dauer auch Syphilis hervorgehen könne.

Mit voller Entschiedenheit aber lehrten in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts Balfour [2]) und Benjamin Bell [3]) und mit ihnen einzelne andere Autoren (Tode, Dänemark), dass der Tripper und dessen Contagium nichts mit Schanker und Syphilis gemein habe.

Ihre Lehre, welche sie mit scharfer Logik, und später mittels der Ergebnisse des Experimentes vertheidigten, hat jedoch keinen allgemeinen Anklang gefunden, nachdem John Hunter durch ein einziges Experiment [4]) eine positive Thatsache zu Tage gefördert hatte, die der Lehre von Bell geradezu entgegensprach.

Hunter hatte (1787) mit dem aus der Harnröhre stammenden eiterigen Secrete, das nach seiner Meinung und den damaligen Kenntnissen nur für Trippersecret gelten konnte, eine Impfung vorgenommen, und nicht nur Schanker, sondern alsbald auch Roseola und Rachenaffection und constitutionelle Syphilis in dessen Gefolge entstehen gesehen. Hunter hielt sich nach diesem positiven Resultate der einzigen von ihm vorgenommenen Impfung für berechtigt, Tripper und Syphilis für identischen Ursprungs zu erklären, dass das Secret des Trippers entweder Schanker oder Syphilis, und ingleichen das Secret des Schankers etweder Gonorrhoea oder Syphilis erzeugen könne [5]) — **Identitätstheorie.**

Vergebens waren alle theoretischen und experimentellen Einwendungen von Benjamin Bell und dessen Anhängern. Die negativen Resultate der von ihnen angestellten zahlreichen Impfversuche, der Hinweis auf die Häufigkeit des Trippers im Vergleiche zum Schanker, die Behauptung, dass doch fast jeder Tripperkranke in Folge der Benetzung der Eichel und Vorhaut mit Trippersecret Schanker bekommen müsste, — all' dies wog in den Augen der meisten Aerzte den einen von Hunter dargelegten positiven Impfungserfolg nicht auf, und die Identitätslehre gewann fast allgemeine Anerkennung.

Dem Schanker selbst als localem Affect hat Hunter gegenüber anderweitigen Genitalgeschwüren besondere Charaktere zugeschrieben. „Ein Schanker hat gemeiniglich einen verdickten specki-

[1]) Beschreibung der Frantzosen- oder spanischen Pockenkrankheit, Appendix i Blancard's cit. opus pag. 415 et sequ.

[2]) Dissertatio de Gonorrhoea virulenta. Edinb. 1767.

[3]) On Gonorrhoea virulenta and venereal disease. London 1793.

[4]) Hunter's Abhandlung über vener. Krankheiten, aus dem Engl. Leipzig 1787. pag. 551.

[5]) l. c. pag. 27 und 40.

gen Grund, und obgleich bei einigen die allgemeine Entzündung sich viel weiter verbreitet, so schränkt sich doch die specifische Entzündung blos auf diesen Grund ein"[1]). „Diese Verdickung ist anfangs, und so lange als das Uebel wirklich venerisch ist, sehr umgrenzt, und verliert sich nicht stufenweise und unvermerkt in die angrenzenden Theile, sondern sie endigt sich vielmehr auf einmal und hat ihre bestimmten Grenzen. Die Grundfläche des Geschwüres ist hart, und die Ränder desselben ein wenig hervorragend"[2]).

Nach Hunter hat also jenes Geschwür, dessen Rand und Grund im Laufe der ersten Wochen eine auffällige und greifbare Härte (Induration) aufweist, als eigentlicher Schanker zu gelten, und nur nach einem so gearteten Geschwüre pflegen „constitutionelle Erkrankungen" sich einzustellen. Man bezeichnete deshalb auch in der Folgezeit den mit der charakteristischen Härte seines Randes und Grundes versehenen Schanker als „Hunter'schen Schanker", obgleich die Induration als solche schon von früheren Schriftstellern hervorgehoben worden war und ihre litterarische Autorschaft demnach gar nicht Hunter gebührt[3]). Dass es ausserdem auch Genitalgeschwüre ohne solche Härte gebe, konnte auch Hunter nicht entgangen sein. Allein er erklärte diese Geschwüre als „einfache", die mit Schanker nicht verwechselt werden dürften, und glaubte, dass sowohl diese, wie auch die „als Folgen entstehenden Geschwüre sich insgemein" von den ursprünglichen und echten Schankern unterscheiden lassen[4]).

Die Lehre Hunter's von der Identität des Tripper- und Schanker- (Syphilis-) Contagiums ward durch eine Reihe von Autoren (Abernethy), besonders aber Carmichaël promulgirt, und erfreute sich wegen ihrer systematischen Darstellung einer grösseren Anhängerschaft unter den Aerzten, als die grösstentheils verworrenen Publicationen vieler anderer Schriftsteller (Schwediaur, Plenk und Autenrieth).

Am allerwenigsten haben die Anhänger der durch Fergusson's Berichte[5]) hervorgerufenen sogenannten physiologischen Schule von Broussais (Desruelles[6]) und Richond de Brus[7]), welche die Specificität der Syphilis überhaupt in Abrede stellten, die Autorität der Hunter'schen Lehre zu erschüttern vermocht.

§. 8. Erst Ricord war es vorbehalten, durch eine mit ungewöhnlicher Geistesschärfe ausgeführte Darlegung von theils schon gekannten, theils neu gefundenen Thatsachen einen epochemachenden Umschwung in den bis dahin geltenden Anschauungen zu bewirken und die Lehre von der Syphilis auf eine mehr naturwissenschaftliche Basis zu stellen.

---

[1]) l. c. pag. 363.

[2]) l. c. pag. 369.

[3]) So Jo. de Vigo, Petrus Maynardus, besonders deutlich Fallopia, welcher noch ausdrücklich hervorhebt, dass, wenn nach Verheilung des Geschwüres eine Härte zurückbleibt, die Syphilis des Körpers gegeben ist . . . . „Quoniam calli illi sunt manifestissima et demonstrantia signa morbi (sc. gallici) confirmati."

[4]) l. c. pag. 363 und 419.

[5]) Medico-chirurgical Transactions. London 1813. Vol. IV.

[6]) Clinique de la maladie syphilitique. Paris 1826.

[7]) De la non existence du virus vénérien. Paris 1826.

Diesen Erfolg gewann Ricord durch eine nach Hunderten zählende Reihe von Impfungen, welche er innerhalb des Zeitraumes von 1831—1837 theils mittels Trippersecretes, theils mittels Secretes von Schankern und anderweitigen Krankheitsproducten der Syphilis vorgenommen hatte.

Das wesentliche Ergebniss dieser im Grossen und durchweg sehr sorgfältig ausgeführten experimentellen Impfungen war, dass nach den Impfungen mittels welcher Art Trippersecretes immer (Tripper der Harnröhre, der Scheide, der Vorhaut, chronischer und acuter) kein Impfungsgeschwür zu sehen, d. h. das Resultat der Impfung negativ war.

Die Impfung mittels des Schankersecretes dagegen hatte, wofern der Schanker, der als Impfquelle verwendet wurde, noch nicht in das Stadium der Heilung („Stadium reparationis") eingetreten war, jedesmal einen Impfschanker zur Folge.

In einzelnen wenigen Fällen gewann auch Ricord durch die Impfung mittels des eitrigen Secretes der Harnröhre Schankergeschwüre. Dieses Resultat entsprach ganz und gar dem von Hunter (Harrison, M' Coy) gewonnenen, und war in directem Gegensatz zu den vielen hundert negativen Erfolgen, welche die Impfung mittels Trippersecretes aufzuweisen hatte.

Den auffälligen Widerspruch zwischen diesen beiden Thatsachen erklärte Ricord auf eine unumstössliche und die ganze Frage geradezu entscheidende Weise.

Ricord wies nach, dass in allen den Fällen, wo durch die Impfung mittels scheinbaren Trippersecretes ein Schanker erzielt worden war, im Verlaufe der Harnröhrenschleimhaut ein Schanker sass, dessen Secret an der Harnröhrenmündung zum Vorschein kam, und einen Tripper vortäuschte.

In Wirklichkeit war dieses Secret Schankereiter, und musste es, überimpft, wieder Schanker erzeugen, gerade so, wie das Secret jedes offenliegenden Schankers.

Auch Hunter hatte offenbar einen solchen Fall vor sich, als er durch die Ueberimpfung von vermeintlichem Trippersecrete einen Schanker erzielte.

Das Vorkommen von Schankern in der Harnröhre (Chancre larvé, Chancre uréthral), im Ganzen selten, war jedoch schon von den älteren Autoren (Valescus de Tharanta, Joannes de Vigo u. A. erwähnt worden, aber später wieder in Vergessenheit gerathen, und hatte so die Täuschung Hunter's ermöglicht [1]).

Indem das ausnahmsweise Anschlagen einer vermeintlichen Tripperimpfung durch das neuerdings constatirte Vorkommen des Harn-

[1]) Ricord fand unter 1000 Fällen von Tripper 1 Harnröhrenschanker („Lettres sur la syphilis" 3ème édit. 1863. pag. 71); Fournier 20 Urethralschanker auf 824 Schankerfälle überhaupt (Leçons sur le chancre", Paris 1860, professées par Ricord, publiées par Fournier, pag. 365 Note V). Ich selbst habe im November 1866 bei einer in meinen Vorlesungen ausgeführten Parallelimpfung mittels Harnröhrensecretes eines, und Schankersecretes eines anderen Kranken zu meiner grossen Ueberraschung auch von dem ersteren in Generationen fortimpfbare Geschwüre erhalten. Erst zwei Wochen später war der in Folge des unerwarteten positiven Impfresultates vorausgesetzte Urethralschanker durch die von aussen fühlbare schmerzhafte Infiltration im Verlaufe der Harnröhre zu constatiren.

Tripperschankers in jedem einzelnen Falle erklärt werden konnte, hatten die vielen hundert Fälle von negativem Erfolge der Impfungen mit wirklichem Trippersecrete volle Beweiskraft für die cardinale Verschiedenheit des Trippers vom Schanker.

Ricord konnte demnach es als Axiom aussprechen: *dass das Secret des Trippers niemals Schanker, und der Eiter des Schankers niemals Tripper erzeugen könne, und dass demnach das Contagium des Trippers von dem des Schankers und der Syphilis vollständig verschieden sei.*

Allerdings haben bald darauf und noch bis in die neueste Zeit einzelne Autoren (Castelnau, Cullerier d. Ält., Lagneau, Beaumès, Cazenave, Vidal de Cassis, Vigaroux, [illegible], Alex. Simon) es versucht, theils auf Grund von allerdings nicht tadellosen Impfungen, theils durch einseitige Auffassung bekannter klinischer Thatsachen die radicale Trennung des Trippers vom Schanker und von der Syphilis zu bekämpfen, und namentlich einen Zusammenhang zwischen Tripper und der constitutionellen Syphilis herzustellen.

Die erwähnten durch Ricord klargelegten Thatsachen, welche seither unzähligemal bestätigt wurden, haben dennoch fast allgemeine Anerkennung erlangt. Die Identitätslehre von Hunter war für die Zukunft gestürzt.

Seit jener Zeit spricht man allerdings noch vom Tripper als einer venerischen, d. i. zumeist durch den Coitus vermittelten ansteckenden Krankheit. Allein dieselbe hat ihr specifisches Contagium, und weder dieses, noch dessen Product, die Blennorrhoe, die stets eine locale Erkrankung darstellt, hat irgend etwas mit Schanker und Syphilis gemein. Wohl aber können Tripper einerseits, Schanker und Syphilis andererseits neben einander entstehen und bestehen, und finden sich auch um so leichter zusammen, als die häufigste Gelegenheitsursache, der Coitus, für beide gemeinschaftlich ist.

Mit der vollständigen Ausscheidung des Trippers aus der Gruppe der bis dahin als Syphilis bezeichneten Krankheiten wurde der Begriff und die Lehre von der Syphilis nunmehr auf zwei Reihen von venerischen Affectionen bezogen: 1. auf die als virulente, locale, unter dem Namen Schanker bekannte Krankheit und 2. auf eine vielgestaltige Reihe von Affectionen, die man als Ausdruck der Gesammterkrankung des Organismus, als constitutionelle Syphilis oder Syphilis κατ' ἐξοχήν kannte.

Innerhalb dieses nunmehr enger gezogenen Gebietes wird seit jener Zeit eine Reihe von Fragen ventilirt, welche von hoher wissenschaftlicher und praktischer Bedeutung sind und, zwar vielfach gespalten und abzweigend, doch endlich in der einen Hauptfrage gipfeln:

Wie verhalten sich diese verschieden gestaltigen Schanker in Bezug auf ihre Quelle (Genese) und ihre nosologische Bedeutung zu einander und zur constitutionellen Syphilis?

Diese Frage hat sich allerdings nicht von vornherein in dieser Form präsentirt. Sie hat erst im Verlaufe der Zeit diese Gestalt gewonnen unter dem Einflusse von Thatsachen und deren Deutung, mit denen wir uns im Folgenden zu beschäftigen haben.

Die ursprüngliche Lehre vom Schanker und von der Syphilis.

§. 9. Die Autoren aus der Periode des 15. und 16. Jahrhunderts hatten für die aus einem Coitus immundus hergeleiteten zerstörenden Geschwüre die Namen: Caroli, Caries virgae, Caries pudendorum, Pudendagra, Mentagra (von Mentula = virga), Cancer benützt. Aus der letzteren Bezeichnung entstand das deutsche Sjankert und das später fast ausschliesslich gebräuchliche Chancre und Schanker.

Eine wesentliche Unterscheidung zwischen den verschiedenen Formen der Genitalgeschwüre findet sich bei jenen Autoren nicht und mochte auch um so schwieriger sein, als zu jener Zeit die ulcerösen Formen der constitutionellen Syphilis erwiesenermassen sehr rasch auf die Localaffection folgten. Bei ihrer Localisation an den Genitalien konnten solche consecutive Geschwüre um so leichter für primäre, durch den Coitus direct erzeugte Schanker gelten. Dennoch war es schon den älteren Aerzten bekannt, dass bei Weitem nicht jedes Genitalgeschwür die Erkrankung des Gesammtorganismus, d. i. constitutionelle Syphilis, zur Folge habe. (Daher „Caries gallica" als eine auf die Allgemeinerkrankung hindeutende Benennung.) Ein Theil der Autoren benützte diese Thatsache unter Hinweis auf die in der alten Litteratur vorfindlichen Schilderungen der Genitalgeschwüre als Beweis für das hohe Alter der Syphilis überhaupt. Andere deuteten dieselbe in dem Sinne, dass nicht jedes an den Genitalien vorkommende Geschwür Schanker und Syphilis sei (Becket, Cockburne, Boerhave u. A.). Hunter selbst betonte, wie oben gezeigt wurde, nachdrücklich, dass es durch mancherlei Ursachen bedingte, nicht venerische Geschwüre an den Genitalien gebe, und dass nur jene Geschwüre, welche eine eigenthümliche Härte des Randes und des Grundes zeigten, venerische (primäre) Geschwüre, i. e. Schanker seien, und allgemeine Folgen nach sich zögen.

Hunter sprach und lehrte demnach nicht von weichen und harten Schankern, sondern nur von einer Art Schanker, und dieser war ein im Sinne der späteren Zeit „harter" oder Hunter'scher Schanker [1]), nach welchem unausbleiblich allgemeine Syphilis folgen sollte.

Die Anhänger Hunter's, Abernethy [2]), Carmichael [3]) hielten den von ihm derart restringirten Begriff des Schankers so treulich fest, dass sie alle anderen Formen von Genitalgeschwüren für „pseudosyphilitisch" erklärten, auch wenn, wie aus der betreffenden Schilderung erhellt, ganz unverkennbare allgemein syphilitische Erscheinungen

---

[1]) Dass Hunter zugleich Tripper und Schanker aus einer Quelle herleitete, also genetisch für identisch erklärte (Identitätslehre), ist bereits früher erwähnt worden, und hat auf die folgende Lehre vom Schanker keinen Einfluss.

[2]) Surgical observations on diseases resembling syphilis, and on diseases of the urethra. London 1804.

[3]) An essay on the venereal diseases, which have been confounded with syphilis etc. Dublin 1814. — Observations on the symptoms and specific distinctions of venereal diseases. London 1819. — Deutsch von Kühn. Leipzig 1819.

in deren Gefolge entstanden waren und dass, wie schon früher erwähnt, Carmichael nur den Hunter'schen Schanker und dessen allgemeine Folgen „Syphilis" zu nennen, alle anderen Arten von Genitalaffectionen aber als „venerische Krankheiten" zu bezeichnen vorschlug.

Mit Rücksicht auf die letzteren Thatsachen, welche bei ihrer häufigen Wiederkehr eine stetige Quelle von Verlegenheiten darstellen mussten, konnte die von Hunter und seinen Nachfolgern aufgestellte Lehre weder in wissenschaftlicher, noch in praktischer Beziehung befriedigen.

Wieder war es Ricord, der in den dreissiger Jahren neben der unanfechtbaren Entscheidung in der Tripperfrage auch für die Charakteristik des Schankers eine neue Basis schuf. Er hatte auch für die Naturgeschichte des Schankers das Experiment — die Impfung — verwerthet, und konnte demnach, auf dessen Resultate gestützt, mit scharf formulirten Lehrsätzen auftreten. Auf positivem Boden entsprungen, trugen sie von vornherein den Stempel des wissenschaftlichen Ernstes. Dies und ihr logisches Gefüge, sowie die stylistisch vollendete Form, in welcher sie vorgetragen, die grosse dialektische Fertigkeit, mit der sie von ihrem Autor vertheidigt wurden, sicherte ihnen alsbald die Anhängerschaft der wissenschaftlichen Kreise, wie der praktischen Aerzte.

Die ursprünglichen Lehren Ricord's haben im Verlaufe der Zeit theils durch ihn selbst, theils durch die Leistungen Anderer in manchen wesentlichen Punkten gründliche Umänderungen erfahren. Für beinahe zwei Decennien jedoch waren sie fast allein massgebend, und zu einem grossen Theile und in ihren sachlichen Grundelementen bilden sie auch heute noch die stabile Basis, auf welcher die häufig wechselnde Architektonik der neueren Syphilidologie sich erhebt [1]).

Ricord's Lehre vom Schanker und von der Syphilis.

Die Unitätslehre.

§. 10. Die kategorischen Lehrsätze, welche Ricord im Jahre 1838 in Betreff des Schankers und der Syphilis aufstellte, waren auf Erfahrungen gestützt, die derselbe theils aus zahlreichen, durch ihn ausgeführten künstlichen Ueberimpfungen des Secretes (Eiters) von Schankern, Bubonen und anderweitigen (syphilitischen) Krankheitsproducten gewonnen, theils an dem überaus reichen klinischen Materiale des „Hôpital du midi" gesammelt hatte.

Die klassische Schilderung, welche Ricord von den klinischen Charakteren des Schankers entworfen hat, ist heute noch mustergiltig. Ricord unterschied auf's genaueste zwei Arten des Schankers, den weichen oder einfachen Schanker (chancre mou, chancre simple), und

---

[1]) Dieselben sind hauptsächlich in folgenden drei grösseren Werken niedergelegt: Traité pratique des maladies vénériennes. Paris 1838. Lettres sur la syphilis. Paris 1850 und 1851. Leçons sur le chancre, professées par le Dr. Ricord, redigées et publiées par Alfred Fournier, 2e edit. Paris 1860.

den harten oder inficirenden Schanker (chancre dure, chancre inféctant), auch Hunter'schen Schanker.

Der weiche Schanker entwickelt sich nach Ricord ohne eigentliche Incubation, innerhalb 24 Stunden, mittelst einer Pustel, nach deren Eröffnung am zweiten bis dritten Tage das Schankergeschwür zu Tage liegt. Dieses ist tiefgreifend, wie mit einem Lochbohrer (emporte-pièce) gemacht, hat zackige, etwas ausgenagte und unterminirte Ränder. Rand und Grund sind grau belegt, bluten leicht und fühlen sich weich oder bisweilen härtlich an („dure, pas induré"). Das Geschwür secernirt reichlich Eiter, hat die Tendenz sich zu vergrössern und phagedänisch zu werden. Nach 4—6 Wochen oder noch später heilt dasselbe mit Hinterlassung einer weichen Narbe. Der Eiter des weichen Schankers ist in hohem Grade contagiös. Unter die Epidermis gebracht, erzeugt derselbe auf jedwedem, syphilitischen oder nicht syphilitischen Individuum wieder einen Schanker von der gleichen Beschaffenheit. In's Unterhautzellgewebe oder in eine Lymphdrüse eingetragen, erzeugt der Eiter Abscesse, deren Product wieder in gleicher Weise überimpfbar sich erweist. Auf offene Wunden gebracht, bewirkt es deren Umwandlung in offene Schankergeschwüre.

Nach 4—6wöchentlicher Dauer dieses Stadium destructionis geht der Schanker vermittels Granulationsbildung in das Stadium reparationis über und damit bekömmt dessen Secret die biologischen Eigenschaften des gesunden Wundeiters, d. h. es hört die Ansteckungsfähigkeit seines Secretes auf. Der Schanker verheilt mit einer seinem Umfange entsprechenden Narbe.

Der weiche Schanker ist in der Regel in der Mehrzahl vorhanden („multiple").

Er ist sehr häufig mit einer acuten eiternden Entzündung der benachbarten Lymphdrüsen (Bubo suppurans) verbunden.

Der Eiter dieses Bubo hat die Eigenschaften des Schankereiters (Uebertragbarkeit), durch dessen Resorption („Bubon de résorption") er entstanden ist („virulenter Bubo"). Dieser Bubo betrifft meist nur eine einzige Drüse („monoganglionnaire").

Mit der Heilung des weichen Schankers und des allenfalls ihn begleitenden eiternden Bubo ist die Krankheit für immer abgeschlossen.

Der weiche Schanker stellt demnach ein eminent locales Leiden dar, und hat für den Gesammtorganismus keinerlei Folgen [1]).

Der harte oder inficirende Schanker beginnt wie der weiche. Allein gegen Ende der ersten, seltener im Verlaufe der dritten Woche, entwickelt sich eine charakteristische, der Consistenz des Knorpels, einer Kautschukplatte oder eines Pergamentblättchens vergleichbare

---

[1]) Ursprünglich, doch nur vorübergehend (im „Traité pratique" etc.), hatte allerdings Ricord gerade das Gegentheil gelehrt. Der Schanker mit eiterndem Bubo, und nur ein solcher, sollte zur allgemeinen Syphilis führen. Die reichere klinische Erfahrung musste Ricord alsbald eines Besseren belehren, so dass er früher im mündlichen Vortrag (Türck, Ricord's Lehre von der Syphilis) und später in seinen „Lettres sur la syphilis", 1850—1851 (pag. 37 et seq.) den Lehrsatz gerade umgekehrt formulirte: Nur der von indolenten, multiplen Bubonen begleitete Schanker hat Syphilis zur Folge; der mit eiterndem Bubo niemals. Wenn trotz eines solchen Syphilis auftrat, so war der Bubo nur von dem Charakter einer durch „Reizung" entstandenen, sympathischen Drüsenentzündung, nicht von dem des virulenten Bubo.

Härte (Induration) seines Randes und Grundes. Das Geschwürsecret vermindert sich und ist auf den Träger („au porteur") nicht mehr überimpfbar. Der Schanker erscheint sodann flachschalenförmig, wie mit einem Hohlmeissel (évidoir) gemacht, dessen Grund ist wenig feucht und glatt, glänzend, irisirend. Er vernarbt sehr rasch, mit Hinterlassung der erwähnten Induration.

Der harte Schanker combinirt sich alsbald mit einer indolenten (nicht entzündlichen), multiplen Drüsenschwellung der benachbarten Regionen. Später folgt auch die Verhärtung entfernt liegender Drüsen. Eine vorkommende Vereiterung der Nachbardrüsen ist blos die Folge einer sympathischen Reizung, und hat nicht den Charakter des virulenten Bubo. Sein Eiter ist nicht überimpfbar.

Die Induration ist für den inficirenden Schanker charakteristisch. Mit ihrer Entwicklung hat sich die Infection des Gesammtorganismus angekündigt. Nach 6 Wochen, 3—6 Monaten, selten später, kommen die Erscheinungen der allgemeinen Syphilis („secundäre Syphilis") auf der allgemeinen Decke und der Schleimhaut zur Entwicklung.

§. 11. Weitere Cardinalsätze Ricord's waren:

Gegen das Gift des weichen Schankers gibt es keine Immunität, auch nicht nachdem die grösste Zahl von Schankern eingeimpft worden war (Fournier l. c. pag. 11).

Die Productionen der secundären Syphilis (Papeln, breite Condylome) sind weder auf den Träger, noch auf andere Individuen übertragbar.

Die Syphilis kann nur mittelst eines primären Schankers übertragen werden, da die Producte der secundären Syphilis nicht überimpfbar sind; und sie beginnt auch jedesmal mit einem Schanker. (Keine Syphilis ohne Schanker.)

Wer einmal einen harten Schanker gehabt hat, bekommt in der Regel nie mehr einen solchen — **Unicität** der Syphilis. Wohl aber kann er, so oft als Gelegenheit dazu geboten wird, von weichen Schankern befallen werden.

Ricord unterschied also nach den in den wesentlichsten Punkten hier aufgezählten und in dessen „Briefen" niedergelegten Sätzen sehr durchgreifend den weichen Schanker von dem harten; namentlich indem er lehrte, dass der erstere stets ein locales Uebel bleibe, der letztere dagegen jedesmal allgemeine Syphilis zur Folge habe.

Dennoch betonte Ricord, dass beide in ihrem klinischen Ansehen und in ihrer nosologischen Bedeutung so wesentlich von einander verschiedenen Schanker nur ein und demselben Ansteckungsstoffe ihre Entstehung verdanken — **Unitätslehre** — aus dessen Uebertragung einmal ein weicher, localer, ein anderesmal ein harter, inficirender Schanker hervorgehe. Auch der harte Schanker beginnt ursprünglich als weicher, und man kann von vornherein dem Schanker nicht absehen, ob derselbe von einem weichen oder harten Schanker abstamme, weich bleiben oder induriren werde. Denn jeder weiche Schanker könne induriren [1]) und zur allgemeinen Syphilis führen.

[1]) Türck, Ricord's Lehre von der Syphilis. Wien 1846. pag. 6.

Dass aus derselben Quelle einmal ein weicher und einfacher, ein anderesmal ein harter und inficirender Schanker sich entwickelt, dies liege in der Individualität des Betroffenen, oder, wie Ricord sich später äusserte, in der Beschaffenheit des Bodens, in welchen das Schankergift (der Same) eingebettet worden war.

§. 12. Einzelne sehr wesentliche Sätze der Ricord'schen Lehre wurden schon im Laufe der vierziger Jahre zu Falle gebracht.

Zunächst wiesen Wallace[1]) in Dublin, Vidal[2]), Waller[3]) in Prag, Rinecker[4]) in Würzburg, Hebra und Rosner und eine ganze Reihe anderer Autoren[5]) auf dem Wege des Experimentes nach, dass, was die Praktiker längst gewusst, die Producte der secundären Syphilis übertragbar seien. Es wurde da, und in den späteren Jahren noch öfter auch gezeigt, dass bei der Ueberimpfung solcher Producte, oder auch des Blutes Syphilitischer auf Gesunde (Waller[6]), Lindwurm[7]), Pellizari[8]) als erster Effect nicht ein unmittelbar (ohne Incubation) sich entwickelndes Schankergeschwür entsteht, sondern nach 2—3wöchentlicher Incubation, während welcher Zeit keinerlei Effect an der Einstichstelle bemerkbar ist, sich ein hartes Knötchen entwickelt. Dieses kann später excoriiren, selbst in ein Geschwür sich verwandeln, oder, bis zu einer gewissen Grösse herangewachsen, eine Zeit lang stationär bleiben. Während der Frist von wenigen Wochen schwellen die nachbarlichen, und weiters die entfernt gelegenen Lymphdrüsen, und es treten die Erscheinungen der Allgemeinsyphilis auf. Diese Impfungsresultate lehrten also entgegen den Axiomen Ricord's: 1) Dass die Producte der secundären Syphilis direct übertragbar seien und 2) dass der Primäraffect nicht nothwendig ein Schanker sein müsse, sondern auch eine nach 2—3wöchentlicher Incubation sich entwickelnde Papel.

Auch dass die Empfänglichkeit für Syphilis, oder, was damals gleichbedeutend war, die für den Schanker, nur eine Prärogative des Menschengeschlechts wäre, wie Ricord lehrte, wurde durch die Ueberimpfungen und Rückimpfungen des Schankereiters von Menschen auf Thiere als unhaltbar erwiesen (Auzias Turenne, Robert Welz[9]), Diday[10]).

Die Angaben Ricord's über die Inoculabilität des sogenannten virulenten Bubo wurden nicht allseitig bestätigt.

---

[1]) The Lancet, 1835, 1836 und Behrend's Syphilidologie. I., II. u. III. Bd. 1839—1841.

[2]) Gaz. des hôpitaux, 1851. 18. und 22. Febr.

[3]) Prager Vierteljahrschr. f. prakt. Heilk. 1852.

[4]) Ueber die Ansteckungsfähigkeit der constitutionellen Syphilis. Verh. der Würzb. phys. med. Ges. Bd. III. 1851.

[5]) Siehe die ausführliche und kritische Darstellung der einschlägigen Arbeiten in: Auspitz's, „Die Lehren vom syphilitischen Contagium und ihre thatsächliche Begründung". Wien 1866.

[6]) l. c.

[7]) Auspitz l. c. pag. 217. V. Versuch.

[8]) Auspitz l. c. pag. 235.

[9]) Deux réponses à deux lettres de M. le docteur Ricord sur l'inoculation de la syphilis aux animaux. Würzbourg et Paris 1850.

[10]) Gazette médicale de Paris 1851.

Sein Lehrsatz von der niemals erlöschenden Empfänglichkeit des Individuums für das Contagium des weichen Schankers hat theils in dem von Auzias Turenne demonstrirten, absolut „refractairen" Verhalten einzelner Personen gegen die Impfung, theils in den zeitweiligen Resultaten der „Syphilisation" nichts weniger als Unterstützung gefunden.

Die „Unicität" der Syphilis hat in den sich mehrenden Fällen ihre Widerlegung gefunden, in denen erwiesenermassen nach Frist von Jahren zum zweitemale harte Schanker und darauf folgende recente, allgemeine Syphilis beobachtet wurde [1]).

So ward eine Stütze nach der anderen dem Ricord'schen Lehrgebäude genommen. Ohne diese Stützen schwebte dessen Krönung, der oberste Lehrsatz von der Verschiedenheit beider Schanker und der gleichzeitigen Unität des syphilitischen Contagiums in den Lüften, und musste sie vollends einstürzen. Ricord sah sich gezwungen, entweder die Katastrophe ruhig eintreten zu lassen, oder beide Schankerarten, wie dies inzwischen von anderer Seite geschehen war, vollständig von einander zu trennen und auf je gesonderte ätiologische Grundlagen zu stellen.

Die französische Dualitätslehre.

§. 13. Der Versuch, die klinisch zu beobachtenden zwei Formen des Schankers, den weichen, einfachen einer-, den harten, inficirenden Schanker andererseits auf zwei von einander verschiedene Contagien zurückzuführen, ist von der Lyoner Schule ausgegangen.

Bassereau (1852) hat, auf allerdings einseitig aufgefasste historische Daten sich stützend, darzulegen sich bemüht [2]), dass die einfachen Genitalgeschwüre schon vor dem Jahre 1492 bekannt waren, die harten, mit allgemeiner Erkrankung einhergehenden Schanker jedoch erst nach dieser Periode sich gezeigt haben. Aus diesem Umstande, sowie aus dem Resultate der „Confrontation", das ist dem Vergleiche eines an einem Kranken vorhandenen Geschwüres mit demjenigen der Bezugsquelle, glaubte er folgern zu können, dass der weiche und der harte Schanker je verschiedenen Contagien ihre Entstehung verdanken. Es gebe demnach zwei von einander ganz differente Schanker-Contagien, deren eines nur weiche Schanker als locale Erkrankung, das andere nur den harten Schanker mit folgender Allgemein-Syphilis erzeuge; — **französische Dualitätslehre.**

Diese von Bassereau zuerst ausgesprochene Ansicht wurde eigentlich erst durch Rollet, Chefarzt des Hôpital de l'Antiquaille in Lyon, in ein System gebracht und des Weiteren ausgeführt. Er war namentlich bemüht, die klinischen Thatsachen, welche nicht einfach

---

[1]) In den letzten Jahren haben sich die Mittheilungen über wahre Reinfection, d. i. neuerliche constitutionelle Erkrankung nach einer frischen Ansteckung so gemehrt (Zeissl, Diday, Hugenberger, Köbner, Hutchinson, H. Lee u. A.), dass Gaskoyen im Jahre 1874 (Proceedings of the med. chir. Soc. London. Nov. 24) 60 einschlägige Fälle aus der Litteratur zusammentragen konnte. S. Bäumler l. c. pag. 75.

[2]) Traité des maladies de la peau symptomatiques de la syphilis. Paris 1852.

in den Rahmen der neuen Theorie von der radicalen Differenz der zwei Schankerarten passten, mit derselben und für dieselbe zurechtzulegen und mit ihr zu decken [1]).

Dass der von der einen Quelle abstammende weiche Schanker in seiner Art und in's Unendliche auf syphilitische und nicht syphilitische Individuen fortimpfbar sei, war längst bekannt und leicht fassbar. Ingleichen, dass der aus einer anderen Quelle hergeleitete inficirende Schanker als solcher auf andere nicht syphilitische Individuen übertragbar sei.

Allein auf ein bereits syphilitisches Individuum, und auch auf den Träger desselben sollte der inficirende Schanker nicht weiter geimpft werden können. Wenn an einem Individuum zugleich zwei oder mehrere harte Schanker sich vorfanden, nahm man eben an, dass an allen diesen Stellen die Einimpfung ursprünglich und gleichzeitig geschehen war, und nicht durch Autoinoculation von einem harten Schanker die zweite und dritte Induration herrühre.

Dennoch gelang es oft, denselben auf den Träger zu überimpfen. Allein in solchem Falle entstand erfahrungsgemäss kein neuer harter, sondern ein weicher Schanker, der sich von dem originären weichen gar nicht unterscheiden liess.

Diese allgemein bekannte Thatsache hatte Clerc veranlasst, ganz im Gegensatz von Bassereau anzunehmen, dass der originäre, historische Schanker der harte, inficirende gewesen sei. Durch Ueberimpfung auf den Träger, oder ein bereits syphilitisches Individuum sei ein weicher Schanker entstanden, welcher nun als neue Species durch continuirliche Fortimpfung sich erhalten hat. Auf demselben Wege kann man auch heute noch aus der Uebertragung des harten Schankers einen weichen hervorgehen sehen. Der letztere stelle also offenbar ein Derivat, eine Modification des wahren oder harten Schankers dar, und solle demnach Chancroid, gegenüber dem Schanker heissen, wie die modificirte Variola gegenüber der Variola vera Varioloid genannt wird. Derselbe stellt nach Clerc die „hybride“ Syphilis vor [2]).

Den Bedenken, welche die von Clerc hervorgehobenen und eine Reihe anderer klinischer Erscheinungen erregen mussten, begegnete Rollet mit einer neuen Theorie, der von dem gemischten Schanker (Chancre mixte, Chancre mulet).

Wenn Tripper und Schanker zugleich auf der Harnröhrenschleimhaut sitzen, so kann das ausfliessende Secret, überimpft, einmal Tripper, ein anderesmal Schanker, ein drittesmal beide Krankheiten zugleich erzeugen, je nachdem das zur Uebertragung benützte Secret rein dem Tripper oder dem Schanker angehört, oder eine Mischung beider darstellt.

---

[1]) De la pluralité des maladies vénériennes, par J. M. Rollet, Chirurgien en Chef de l'Antiquaille. Paris 1860. pag. 78 et sequ.

[2]) Clerc hält noch in seinem Werke: Traité pratique des maladies vénériennes, Paris 1866, seine ursprünglichen Ansichten ihrem vollen Umfange nach aufrecht. Pag. 275 heisst es: „Le chancroïde a pour origine une inoculation itérative positive du virus de la syphilis aux individus, ayant, ou ayant eu la syphilis constitutionelle; il est l'hybride de la syphilis.“ Dem Wesen nach ist er dennoch Anhänger der Unitätslehre, indem er l. c. pag. 29 sagt: „Cependant ce chancre dans lequel manque l'induration est suivi d'accidents généraux ou constitutionels.“

Wie Tripper und Schanker, so können auch durch gleichzeitige Uebertragung der Secrete beider der weiche und der harte Schanker neben einander, oder selbst auf einem und demselben Punkte entstehen. In letzterem Falle wird ein weicher Schanker geradezu auf einem harten, inficirenden Schanker aufsitzen, und der „gemischte" Schanker ist somit gegeben.

Die Eventualitäten sind nun leicht abzuzählen.

Der weiche Schanker gibt dem Träger, wie jedem anderen Individuum, in continuirlicher Reihe weiche Schanker, die keine Allgemeinerkrankung zur Folge haben.

Die Impfung von einem harten Schanker auf den Träger, oder ein bereits syphilitisches Individuum gibt ein negatives Resultat.

Wenn aber das Resultat, was selten vorkommt, positiv ist, besteht es erfahrungsgemäss in der Erzeugung eines weichen Schankers.

In diesem Falle muss man annehmen, dass der Kranke einen gemischten Schanker habe, dessen einer Antheil, der des weichen, eben auch auf syphilitische Individuen übertragbar ist.

Dies haben auch Rollet, sodann Laroyenne, Basset, Nodet und Melchior Robert experimentell demonstrirt, indem sie auf einen harten Schanker, dessen Secret nicht autoinoculabel war, Eiter eines weichen Schankers übertrugen, und nun ein Secret erhielten, das „au porteur", oder auf ein syphilitisches Individuum geimpft, einen weichen Schanker erzeugte.

Der auf dem Träger, oder einem bereits syphilitischen Individuum erzeugte „weiche" Schanker könnte nun auf ein gesundes Individuum auf zweierlei Weise übertragen werden. Als weicher, ohne Syphilis zu erzeugen, wenn eben nur reiner Schankereiter eingeimpft wurde. Oder als gemischter Schanker, wenn nebst dem Schankereiter auch etwas „Blut" des Syphilitischen mit übertragen wurde.

Wenn die Erfahrung lehrt, dass von ein und derselben Quelle per coitum ein Individuum einen weichen (localen), ein anderes einen harten (inficirenden) Schanker acquirirt, so war die Erklärung auf Grund der gemischten Schanker sehr leicht. Denn der Eine hatte eben nur Eiter des weichen, der Andere Secret des harten Schankers sich eingeimpft.

Die künstliche Ueberimpfung des Blutes Syphilitischer, wie sie von den obenerwähnten Experimentatoren vorgenommen wurde, hatte zwar niemals einen (eiternden, geschwürigen) Schanker, sondern ein nach geraumer Incubation entstandenes Knötchen ergeben. Allein diese Thatsachen hinderten Rollet nicht, seiner Theorie zu Liebe auch für solche Fälle einen Schanker anzunehmen. Auf dieselbe Weise ignorirte er auch die von Wallace, Waller u. A. constatirte Thatsache, dass bei Ueberimpfungen von secundär syphilitischen Producten nicht Schankergeschwüre, sondern Infiltrationen (Knoten) erzeugt wurden. Für alle diese Fälle nahm er die Production von Schankern an[1]), weil eben eine andere Uebertragungsweise der Syphilis als mittels eines Schankers nothwendig wieder zur Aufstellung eines dritten Giftes,

[1]) Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis, par J. Rollet, Paris 1861. II. De la contagion syphilitique. Observ. VI. X. etc. pag. 197, pag. 252 und an anderen Orten.

oder zur Trennung des harten Schankers in zwei Potenzen hätte führen müssen.

Trotz dieser schon äusserlich auffälligen Mängel hatte die französische Dualitätslehre alsbald einen grossen Theil der ärztlichen Welt für sich erobert. Eine grosse Stütze fand dieselbe in den Ergebnissen der sogenannten „Syphilisation" (Auzias Turenne, Sperino, Danielssen, Hebra, Sigmund u. A.). Vielen Individuen waren Tausende von weichen Schankern eingeimpft worden, ohne dass bei denselben allgemeine Syphilis entstanden wäre [1]). In den Fällen, wo, wie ursprünglich, absichtlich [2]) oder durch Zufall [3]) von hartem Schanker geimpft worden war, hatte sich auch, allerdings gegen die erwünschte Absicht des Experimentators, allgemeine Syphilis eingestellt. Die erfahrungsgemässe Multiplicität der weichen Schanker zeugte für ihre unbegrenzte Ueberimpfbarkeit und Autoinoculabilität, wie die fast regelmässige Einzahl des harten Schankers aus dessen Unfähigkeit auf den Träger sich zu überimpfen, erklärt werden konnte.

Zumeist jedoch bestach die französische Dualitätslehre durch die Leichtigkeit, mit der dieselbe alle Falten des Zweifels glättete, alle Scrupel zurückdrängte. Die Unwissenheit in Sachen der Syphilidologie hatte aufgehört. Alle Erscheinungen, noch so complicirt oder einander widersprechend, wurden von der Dualitätslehre auf's einfachste erklärt. Sie gab die Mittel zur Hand, die Thatsachen zu deuten, nach Bedarf sich zurechtzulegen, und hatte für jede Bedrängniss ein Hinterpförtchen offen gelassen. Nicht nur das grosse ärztliche Publikum, auch Männer der ernstesten und reichsten Erfahrung huldigten der Erlöserin aus langjährigem Hangen und Bangen, der französischen Dualitätslehre. Auch Ricord zollte ihr seinen Tribut und erklärte sich verschämt, aber unzweifelhaft für ihren Anhänger [4]).

§. 14. Der ernsten Kritik, welche die objective Naturforschung an die französische Dualitätslehre anlegen wollte, konnte diese allerdings nicht Stand halten. Sie hatte zu deutlich den Anstrich des subjectiven Beliebens. Aeusserlich verrieth sie dies schon durch ihre Bequemlichkeit. Ihre offenbaren Mängel lagen nebstdem klar zu Tage. Die beiden, angeblich in ihrem Wesen differenten Schanker konnten nicht besser von einander gehalten werden, als durch die Charaktere, die nach der alten Beschreibung von Ricord ihnen anhafteten. Die Thatsache, dass bisweilen auch nach exquisit weichen Schankern allgemein syphilitische Erscheinungen folgten, war ganz verschwiegen. Die Uebertragbarkeit der secundär syphilitischen Krankheitsproducte hatte durch die Dualitätslehre eine mit den Thatsachen in Widerspruch stehende Erläuterung erfahren. Die so oft als nöthig, oder erspriesslich

---

[1]) Lindmann hatte sich mehr als 2500 Schanker eingeimpft. (Ricord-Fournier l. c. pag. 335. Note V.)

[2]) Boeck (Bidenkap), Recherches sur la Syphilis, appuyés de Tableaux de Statistique tirés des archives des Hôpitaux de Christiania 1862.

[3]) Danielssen, Syphilisationen anvendt mod Syphilis og Spedalskhed. Bergen 1858.

[4]) In dem citirten Werke von Ricord-Fournier, Leçons sur le chancre. Paris 1860.

gestattete, aber nicht begründete Annahme der „gemischten“ Schanker hatte denn doch zu sehr den Anstrich des Willkürlichen[1]).

Nur wenige, aber sehr gewichtige Stimmen erhoben sich gegen die, wie es schien, allbesiegend einherziehende französische Dualitätslehre. Sie machten von der einen Seite mit Recht geltend, dass eine ganze Reihe von wohlconstatirten klinischen Thatsachen in der französischen Dualitätslehre nicht ihre Erklärung fanden und von deren Anhängern einseitig ausgelegt, oder gar verschwiegen worden waren[2]).

Zunächst hat besonders Sigmund die vielseitig erhobenen Einwendungen zu einem summarischen Ausdrucke gebracht.

In einer Reihe von Artikeln der „medicinischen Wochenschrift“ aus den Jahren 1859 und 1860 erklärte Sigmund die meritorische Trennung der harten und weichen Schanker als von zwei wesentlich verschiedenen Ansteckungsquellen abstammender Krankheitsproductionen für unzulässig, indem er folgende, ohnehin bekannte, aber von den Schöpfern und Anhängern der Dualitätslehre gänzlich übergangene Erfahrungs-Thatsachen der medizinischen Welt wieder in's Gedächtniss zurückrief[3]):

„Wo ein Schanker mit weichem Grunde besteht, wird mit einfachen Verbandmitteln die Vernarbung erzielt. — Innerhalb des bekannten Zeitraumes entwickeln sich Secundärerscheinungen auf der äusseren und auf der Schleimhaut.“

„In ganz gleichen Fällen verhärtet erst die Narbe; es folgen die eben berührten Allgemeinerscheinungen.“

„Auf der Stelle eines weichen Schankers, welcher eben vernarbt ist, kommt es zur Entwicklung einer Papel; derselben folgen in der nächsten Umgebung bald mehrere, und allmälig, unter Zunahme der Papeln, entwickeln sich die gedachten allgemeinen Folgeleiden “

„Ein Schanker mit weichem Grunde gelangt zur Vernarbung, die Narbe verhärtet nicht, es stellt sich Leistendrüsenentzündung mit Eiterung ein; während oder bald nach derselben folgen allgemeine Erscheinungen, ohne irgend vorhergegangene innerliche Behandlung.“

„Ein mit weichen Schankern behaftetes Weib gibt mehreren Männern Schanker. Keiner von diesen war früher syphilitisch, und doch bekam der erste einen harten, der zweite einen weichen u. s. w.“

„Ein mit hartem Schanker behaftetes Weib gibt mehreren Männern nur einen einfachen, weich bleibenden Schanker; keiner dieser Männer war früher syphilitisch.“

„Mit hartem Schanker vor Jahren und den Folgeleiden vor Jahren Behandelte kehren mit hartem Schanker neuerdings wieder, und es entwickeln sich neuerdings Folgeleiden. Einzelne haben sich bis zu 14 Jahren wohl befunden, ehe sie zum zweitenmale so erkrankten[4]).“

---

[1]) Rollet hatte zwar durch experimentelle Uebertragung von Eiter eines weichen Schankers auf einen harten Schanker den letzteren autoinoculabel gemacht und auf diese Weise den „gemischten Schanker“, wie er glaubte, künstlich dargestellt. Allein die auf diese Weise bewirkte Ueberimpfbarkeit liess auch eine andere Deutung zu, im Sinne der ohnehin bekannten Thatsache von der Contagiosität der weichen Schanker; und kann vollends heute nach den Versuchen von Köbner, Pick, Hübbenet, mir etc. auch anders erklärt werden.

[2]) Friedrich, Ueber die Lehren vom Schanker. Erlangen 1861.

[3]) Wiener med. Wochenschrift. 1859. Nr. 2.

[4]) Siehe Anm. 1. pag. 18.

Sigmund hebt ferner in einer folgenden, den Gegenstand in gleicher Richtung behandelnden Arbeit[1]) hervor, dass die Behauptung der Franzosen (Rollet), der gemäss die Syphilis stets in der Form eines Schankers, und zwar eines harten, sich übertrage, bei weiblichen Kranken am allerseltensten sich bestätige. Bei diesen finde man in der Mehrzahl der Fälle Pusteln, Follikulargeschwüre von exquisit weicher Beschaffenheit und in grosser Anzahl, welche einmal als localer Affect zur Verheilung kommen, ein anderesmal im Verlaufe zu Papeln, zu Symptomen der Allgemeinsyphilis sich umgestalten (Transformatio in situ[2]). Von Beginn her lässt sich dem Primärgeschwür nicht absehen, welchen Charakter dasselbe annehmen, und welche Folgen es haben werde. Erst im weiteren Verlaufe bilden sich die unterscheidenden Merkmale des weichen oder harten Schankers aus, von denen allerdings erfahrungsgemäss das erstere regelmässig als locales Uebel endet, und nur selten zu allgemeiner Syphilis führt; das letztere dagegen ebenso „regelmässig" (aber wie oben angeführt, nicht absolut) Allgemeininfection nach sich zieht[3]). Ueberdies jedoch verliert der Schanker an seiner von den Franzosen demselben vindicirten Bedeutung als Primäraffect, wenn man die Art und Weise, in welcher die Producte der secundären Syphilis als solche übertragen werden, objectiv berücksichtigt[4]).

Indem Sigmund durch die in ihren wesentlichen Punkten hier aufgezählten Argumente die Einseitigkeit der französischen Dualitätslehre, namentlich das rein Hypothetische in der Aufstellung des „gemischten" Schankers beleuchtete und gegen jene Theorie sich erklärte, fand sich derselbe in Uebereinstimmung mit anderen vielerfahrenen Fachmännern, namentlich mit Hebra, der von Anfang an in seinen Vorlesungen und Berichten den alten unitaristischen Standpunkt in der Schanker- und Syphilislehre festgehalten hatte.

Die deutsche Dualitätslehre.

§. 15. Während, wie früher gezeigt, ein Theil der Fachmänner, unter Hinweis der oben gewürdigten Momente, sich gegen die Dualitätslehre der Franzosen abwehrend verhielt, versuchte v. Bärensprung die nicht zu verkennenden Schwächen jener Lehre gewissermassen zu umgehen, indem er in der Trennung der supponirten zwei Contagien noch radicaler vorging. Seine Theorie, die ebenfalls auf die Annahme zweier verschiedener Ansteckungsstoffe sich gründet, nennt man die **deutsche Dualitätslehre**[5]).

Die Grundlage für das theoretische Gebäude, welches v. Bärensprung gegenüber der alten Unitätslehre, und gewissermassen als Umbau der französischen Dualitätslehre aufführte, bildet die bekannte Thatsache, dass, wie v. Bärensprung meint, „ein ohne Induration

---

[1]) l. c. 1860. Nr. 14, 15, 22, 24.
[2]) l. c. und Wiener med. Jahrb. 1861. IV. Heft.
[3]) l. c. Nr. 24.
[4]) l. c. 1861. Nr. 20, 23 und 27.
[5]) Charité-Annalen IX. Bd. 1. Heft. 1860. pag. 124 et sequ. „Die nicht syphilitische Natur des weichen Schankers."

heilender Schanker niemals, ein indurirter Schanker dagegen immer die constitutionelle Syphilis nach sich zieht." Die Induration, und nur diese ist ihm das wesentliche unterscheidende Merkmal, nicht zwischen weichem Schanker und hartem Schanker, sondern zwischen Schanker überhaupt und Syphilis. Denn die Induration (der indurirte Schanker) „ist, wie auch schon Babington behauptet hatte, nicht die Ursache, sondern schon eine Folge der constitutionellen Syphilis." Sie entsteht erst vier Wochen nach der Ansteckung. Und „die Induration, d. h. die Bildung eines specifischen Productes geht der Bildung des Geschwüres voran." Nach der Darstellung v. Bärensprung's müsse man die Existenz zweier Contagien annehmen: 1) das Schankergift, 2) das syphilitische Gift[1]), deren Wirkungen ganz unabhängig von einander und in je verschiedener Weise sich geltend machen.

Das Schankergift ist an das Secret des weichen Schankers und des denselben oft begleitenden suppurirenden (virulenten) Bubo gebunden. Es erzeugt durch Impfung, oder Ansteckung innerhalb 24 Stunden eine Pustel, aus der sich wieder ein weicher Schanker entwickelt. Dieser weiche Schanker ist ein blos örtlicher Affect, welcher keine constitutionelle Krankheit nach sich zieht. Syphilitische und nicht syphilitische Personen sind für das Schankergift in gleicher Weise empfänglich. Der weiche Schanker lässt sich daher auf den Kranken selbst, sowie auf andere Personen stets überimpfen, sofern seine Virulenz nicht etwa durch Brand, oder die beginnende Heilung schon erloschen ist.

Das syphilitische Gift ist gebunden an das Secret des sogenannten indurirten Schankers, der breiten Condylome und wahrscheinlich noch anderer secundär-syphilitischer Affecte. Durch Impfung oder Ansteckung übertragen, erzeugt es erst nach vier Wochen einen primären Affect, welcher, mit einem Knoten beginnend, die Charaktere eines indurirten Schankers annimmt. Dieser sogenannte indurirte Schanker ist zu keiner Zeit seines Bestehens ein örtlicher Affect, sondern schon ein Product der constitutionellen Syphilis, welche durch Aufnahme des Giftes in's Blut erzeugt wurde. Personen, die schon syphilitisch sind oder waren, können nicht zum zweitenmale durch syphilitisches Gift angesteckt werden. Der indurirte Schanker lässt sich daher ebenso wenig, wie die secundär-syphilitischen Affecte, jemals auf den Kranken selbst verimpfen. Nur Personen, die bisher frei von Syphilis waren, können durch ihn inficirt werden.

Nach dieser Darstellung konnte man in analoger Weise, wie mit den Behelfen der französischen Dualitätslehre, gewisse complicirte klinische Erscheinungen erklären. Der harte Schanker sollte nie als solcher beginnen. Stets komme erst nach mehrwöchentlicher Incubation ein Knoten zu Stande, und dieser könne erst später ulceriren, und so den fälschlich „sogenannten harten Schanker" darstellen.

Wenn dennoch ohne Incubation, binnen 24 Stunden eine Pustel, und aus dieser ein weicher Schanker sich entwickelt, der nach 4 Wochen indurirt, so habe man sich dies als das Resultat der gleichzeitig an ein und derselben Stelle erfolgten Einimpfung von Schanker- und Syphilisgift vorzustellen. Das Schankergift äussert sich alsbald als

[1]) l. c. pag. 152.

Pustel- und Schankerentwicklung. Das Syphilisgift aber erzeuge erst nach vier Wochen an derselben Stelle die Induration.

Man habe also in solchem Falle nicht einen „gemischten Schanker" (der französischen Dualisten), da es überhaupt nur eine Art Schanker gebe, sondern ein Gemisch, oder eine Coincidenz von Schanker und Induration, i. e. Schanker und Syphilis an einer und derselben Stelle.

Von einer solchen Quelle kann ein anderes nicht syphilitisches Individuum einmal einen blossen Schanker als Localaffect, ein anderesmal eine Induration, oder endlich Beides bekommen. Ein syphilitisches Individuum, oder der Träger desselben hingegen kann nur höchstens einen (weichen) Schanker davontragen, da die Induration au porteur, oder auf ein anderes syphilitisches Individuum nicht übertragbar ist. Und es gelte als Gesetz, von dem v. Bärensprung keine Ausnahme kennen will:

„Personen, die einen indurirten Schanker haben, oder die an der constitutionellen Syphilis leiden, oder die früher einmal syphilitisch waren und es nicht mehr sind, können von einem indurirten Schanker nicht mit Erfolg geimpft werden, oder, was dasselbe ist, nicht zum zweitenmale syphilitisch angesteckt werden."

Nach der wegen ihrer hohen Wichtigkeit hier etwas ausführlicher wiedergegebenen Darstellung v. Bärensprung's wäre es eigentlich nur consequent gewesen, den Begriff des „harten Schankers" ganz fallen zu lassen, und nur von (weichem) Schanker einerseits und Induration andererseits als den einzig möglichen Primäraffecten zu sprechen, was jedoch bei v. Bärensprung nicht der Fall war.

In der That hat auch Zeissl der logischen Forderung sofort entsprochen, indem er in der I. Auflage seines „Lehrbuches der constitutionellen Syphilis" (Erlangen 1864) als „erste Manifestation der Einwirkung des syphilitischen Giftes" nicht den harten Schanker, sondern die „Hunter'sche Induration" nennt, und die „Combination des syphilitischen mit dem Schankervirus" (aus dem das klinische Bild des „harten Schankers" resultirt) als eine zufällige Möglichkeit hinstellt.

Indem Zeissl durch seine reichere klinische Erfahrung vor einseitigen theoretischen Auslassungen geschützt war, deren v. Bärensprung's Darstellung nur zu viele, und nicht zu ihrem Vortheile enthält, hat er der deutschen Dualitätslehre mehr Anhänger zugeführt, als ihr Urheber selber ihr zu gewinnen vermocht hatte.

§. 16. Die beiden Dualitätslehren waren, wie ersichtlich, unter einander nur äusserlich, durch die Annahme zweier Contagien verwandt, aber innerlich von einander vollständig verschieden. Die Franzosen (Rollet, Ricord-Fournier) lehrten, dass es zwei von einander ganz differente Schanker gebe, deren einer weich bleibe und niemals Syphilis erzeuge, deren zweiter indurire und stets zur Allgemeinerkrankung führe. Die Deutschen (v. Bärensprung, Zeissl) demonstrirten, dass es allerdings zweierlei Contagien gebe, das des Schankers, welches nur Schanker, und jenes der Syphilis, welches nur die Induration erzeuge. Es gebe demnach nur eine Art Schanker, dieser bleibe immer ein Localaffect und führe nie zur Syphilis. Die Syphilis dagegen erzeugt als Primäraffect stets die

Induration. Diese kann später exulceriren und das Bild eines harten Schankers vortäuschen, ist aber selber schon eine Production der bereits stattgehabten Allgemeinsyphilis.

Diese meritorische Verschiedenheit zwischen den beiden Dualitätslehren ist nicht immer von den Freunden des Dualitätsprincipes gewürdigt worden. Viele begnügten sich nur ihrer Neigung für die Theorie zweier Contagien überhaupt Ausdruck zu geben, ohne darüber schlüssig zu werden, ob die Annahme zweier Schankerarten, oder die eines Schankers und der syphilitischen Induration ihren Anschauungen von der Dualität zu Grunde liege. Im Allgemeinen kann man sagen, dass die französische Schule, soweit sie dualistisch (Lancereaux, Fournier), durchwegs der ursprünglichen Rollet'schen Dualitätslehre huldigt und auf die deutsche Dualitätslehre nur so weit Rücksicht nimmt als nicht mehr vom „harten Schanker", sondern einer „érosion chancreuse" gesprochen wird. Diday hält sogar noch die dreifache Unterscheidung aufrecht von: „Chancrelle", der weiche Schanker eines nicht Syphilitischen, „Chancroid" der weiche Schanker aus einer syphilitischen Quelle an einem bereits Syphilitischen und „Chancre" der harte Schanker[1]), während in Deutschland, England und Amerika die meisten im Laufe des letzten Jahrzehntes gewonnenen Anhänger der Dualitätstheorie überhaupt (Geigel, Bäumler) die deutsche Dualitätslehre als die passendere ansehen.

§. 17. An der Wiener Schule waren im Verlaufe der 60er Jahre sowohl die beiden Dualitätslehren, als auch die Unitätslehre theoretisch vertreten. Hebra hat nie aufgehört, die Argumente für die letztere ins Feld zu führen; ebenso Michaelis, Reder, Auspitz.

Zeissl blieb der eifrigste und consequenteste Verfechter der deutschen Dualitätslehre.

v. Sigmund, der in den Jahren 1860 und 1861 mit einer sachgemässen Vertheidigung für die Unitätslehre eingestanden war, hat sich in den darauffolgenden Jahren der Dualitätslehre anfangs zögernd [2]), später entschieden [3]) zugewandt.

Man kann nicht annehmen, dass Sigmund nunmehr der Meinung war, dass man jene wichtigen Thatsachen, welche er selbst früher auf seine immense Erfahrung gestützt, der Dualitätslehre entgegengehalten hatte, in ihrer Bedeutung unterschätzen, oder gar ignoriren dürfe. Die Menge des Unerklärten, und damit die Empfindung der Nichtbefriedigung, welche jedwede der gangbaren Theorien immer noch zurückliess, und das berechtigte Streben, die Vortrefflichkeit der Theorie auch mit dem Maassstabe ihrer praktischen Brauchbarkeit zu messen, hat endlich Sigmund der Dualitätslehre zugeführt, und zu dem Ausspruche veranlasst:

„Die Aufstellung zweier von einander wesentlich verschiedener Krankheitsgruppen ist in den Beobachtungen an Kranken begründet,

---

[1]) Didayt Doyn, Thérapeutique des mal. vénériennes etc. Paris 1876. pag. 145.

[2]) Wiener med. Jahrb. 1861. IV. Heft.

[3]) Wiener med. Wochenschrift. 1864. Nr. 6 u. f. „Ueber Eintheilung und Benennung venerischer und syphilitischer Krankheitsformen vom pathologisch-therapeutischen Standpunkte."

und die Annahme zweier denselben zu Grunde liegender gänzlich verschiedener Ansteckungsstoffe hat die Folgerung aus jenen Beobachtungen, die Induction und die Analogie für sich. Mit diesem Dualismus erklärt man einfacher und folgerichtiger, als mit jeder anderen Annahme die Vorgänge bei jenen Erkrankungen" [1]).

Im Jahre 1864 hat derselbe Autor eine neue, auf dem Dualitätsprincipe beruhende praktische Eintheilung der venerischen und syphilitischen Affectionen vorgenommen, in: 1) Tripper (Blennorrhagien), 2) venerisch-contagiöse Geschwüre (Helkosen), 3) Syphiliden; eine Eintheilung, die v. Sigmund auch von da ab den jährlichen Krankenberichten seiner Klinik und Abtheilung zu Grunde gelegt hat. Folgerichtig bewegt sich auch dessen jüngste grössere Arbeit [2]) in dem Rahmen der dualistischen Auffassung. Die venerisch contagiösen Geschwüre sind von den „Syphiliden" ausgeschlossen. Die letzteren beginnen jedesmal mit der Sclerose. Ein ursprünglich weiches, später indurirendes Geschwür stellt den „venerisch-syphilitischen" oder „gemischten Schanker" vor [3]).

§. 18. In den allerletzten Jahren scheint wieder die Macht der Thatsachen einen Umschwung in den Anschauungen einzelner hervorragender Dualisten vorbereitet zu haben. Derselbe gibt sich in der weniger prononcirten Haltung mancher Autoren kund, die einst die Dualitätslehre bis in ihre äussersten Consequenzen mit Wärme und mit dem vollsten wissenschaftlichen Eifer vertheidigt haben.

Vor Allem trägt auch Zeissl schon in der 2. Auflage seines „Lehrbuch der Syphilis" (Erlangen 1871) in diesem Sinne den veränderten Verhältnissen Rechnung. „Durch die unläugbare Thatsache, dass in der Regel das indurirte Geschwür unausbleiblich die Syphilis hervorruft, während dasselbe vom nicht indurirten nicht gesagt werden kann" [4]), findet sich Zeissl noch bis zum heutigen Tage veranlasst, „an die wesentliche Verschiedenheit des Contagiums des nicht indurirten contagiösen Geschwüres und der Syphilis zu glauben." Allein er spricht doch nicht mehr von der Hunter'schen Induration als der Anfangsform der Syphilis (wie in der 1. Auflage seines Werkes), sondern vom „indurirten Geschwür" und von der „Induration des Geschwüres"; er legt dieser nur aus „Opportunitätsgründen" eine differenzirende Bedeutung bei, und gibt selbst zu, dass es auch Fälle gibt, in welchen die Induration „dem geübtesten Tastsinne entgeht", also die Syphilis ohne Induration von einem weichen Geschwüre ausgehen kann [5]).

Dass Zeissl nicht mehr ein „starrer" Anhänger der Dualitätslehre ist, erklärt dieser erfahrene Syphilidologe zu wiederholtenmalen. Es scheint aber, als wenn Zeissl sich de merito ganz und gar von der Dualitätslehre losgesagt hätte. Denn pag. 24 des 2. Th. der 3. Aufl. (1875) seines Syphiliswerkes stellt derselbe als „Axiom" auf: 1) „Das Schankergift und das Syphilisgift haben mit einander nichts

[1]) Med. Jahrb. l. c.

[2]) „Syphilis und venerische Geschwürsformen" in Pitha-Billroth's „Handb. der allg. und spec. Chirurgie". Erlangen 1870. pag. 205 et sequ.

[3]) l. c. pag. 212.

[4]) Lehrb. 2. Aufl. pag. 8.

[5]) l. c. pag. 177.

gemein." Und wenige Zeilen später heisst es: 3) „Das Syphiliscontagium ist vielleicht eine noch nicht näher declarirte Modification des Schankercontagiums." Es ist schwer verständlich, wie Zeissl mit diesen „Axiomen", die er in seinem Spitalbericht 1877 [1]) wieder abschwächt, sich doch als Dualist aufgefasst wissen will. Jedenfalls beginnt nach dieser letzten Publication desselben die syphilitische Erkrankung nicht mit der Induration, sondern mit einem Geschwüre, das erst später verhärtet, — der „Infections-Ulceration". Auch andere Anhänger der Dualitätslehre sehen sich veranlasst, wesentliche Momente der letzteren fahren zu lassen. Bäumler, der nach eingehender Würdigung der gegen die Dualitätslehre geltend gemachten klinischen und experimentellen Thatsachen sich doch als Anhänger der Dualitätstheorie bekennt, wird ihr zugleich in einem wesentlichsten Punkte untreu. Die Sclerose ist nach seiner Ansicht nicht ein Symptom der Allgemeininfection, sondern nur ein localer Affect, der ohne alle Folgen für den Organismus verlaufen kann, zumeist jedoch die Allgemeinerkrankung zur Folge hat, indem das Virus von diesem Herde erst resorbirt wird. So gefasst steht aber die Dualitätslehre sehr nahe der Unitätstheorie. Nur dass nach der letzteren ein weiches Geschwür dieselbe Rolle spielen kann. Allein auch dieses gibt wieder ein anderer Dualist, Zeissl, zu, welcher sagt, dass auch ein Geschwür, an welchem der geübteste Tastsinn keine Induration nachzuweisen vermag, Allgemeinsyphilis zur Folge haben kann. Die Unitarier nennen ein solches Geschwür einen weichen Schanker. Die Dualisten heissen es einen harten Schanker, bei dem die Härte fehlt, was doch Beides de merito auf Eins herauskommt.

Man sieht, dass Zeissl nunmehr die deutsche Dualitätslehre gar nicht, dagegen die französische Dualitätslehre, aber nur in der alleräusserlichsten Form, vertritt.

Die gegenwärtige Unitätslehre.

§. 19. Gegenüber den Wandlungen, welche die Dualitätslehre, sowohl die französische, als die deutsche, durchmachen musste, um den klinischen Thatsachen sich anzupassen, hat die alte **Lehre von der Unität des Schanker- und Syphiliscontagiums** in einer gewissen Stabilität sich erhalten.

Allein auch ihr haftet der grosse Mangel an, dass sie gar viele Thatsachen nicht, oder nur schlecht zu erklären vermag.

Dass dessenungeachtet die Zahl ihrer Anhänger niemals gering war, und in den letzten Jahren sogar sich zu vermehren scheint, hat seinen Grund in der von beiden Seiten, den Dualisten sowohl, wie den Unitariern, anerkannten Richtigkeit einer grossen Reihe von Thatsachen, welche durch die klinische Beobachtung und das Experiment zu Tage gefördert worden sind. Ein grosser Theil derselben wird leider — und dies muss constatirt werden — in den Specialwerken, welche der Dualitätslehre huldigen, theils nur nebenher berührt, theils ganz ver-

[1]) Aerztl. Bericht des k. k. allg. Krankenhauses zu Wien vom Jahre 1876. Bericht von Zeissl's Abtheilung. pag. 218, 219.

schwiegen. Um so zweckmässiger dürfte es sein, für die Orientirung des unbefangenen Lesers und des Studirenden die wichtigsten derselben hier vorzuführen:

1) Der weiche Schanker — mit oder ohne eiternden Bubo — endet in der Regel als locale Krankheit, ohne allgemeine Folgen.

2) Derselbe — mit oder ohne eiternden Bubo — hat gar nicht selten allgemeine Syphilis zur Folge.

3) Der weiche Schanker beginnt als solcher, indurirt jedoch im weiteren Verlaufe, und ist von allgemeiner Lues gefolgt.

4) Der harte Schanker beginnt in den meisten Fällen als weicher (als Pustel, ohne Incubation); dessen Induration entwickelt sich erst im Verlaufe der 2.—3. Woche [1]), oft genug aber schon am 3.—5. Tage. Derselbe zieht in der Regel Allgemeinsyphilis nach sich.

5) Der Schanker zeigt eine typische Induration, allein es bleibt, in sehr seltenen, aber wohl constatirten Fällen, die Allgemeinsyphilis aus [2]).

6) Wird der typische Scleroseknoten genug zeitlich durch Excision oder sonst wie beseitigt, so bleibt zwar nicht immer, aber doch in genug zahlreichen Fällen die Allgemeininfection aus [3]). Dadurch, wie durch die in Punkt 5 angeführte Thatsache wird der Lehrsatz der deutschen Dualisten, demzufolge die Sclerose selber schon ein Symptom der Allgemeininfection sei, als vollkommen unhaltbar dargethan.

7) Weiche (Follikular-) Schanker und Pusteln gehen in situ in charakteristische Papeln über (Transformatio in situ). Diese vermehren sich eine Zeit lang regionär durch Autoinoculation, wie die Schanker

---

[1]) Es ist unrichtig, dass, wie die Dualisten lehren, in der Regel an der Stelle der Inoculation eine rasch verheilende Excoriation, nach 3—4 Wochen daselbst eine Sclerose entsteht und diese erst consecutiv exulcerirt. Dies ist im Gegentheil für die gewöhnlichen Infectionsweisen — per coitum — der Praxis die Ausnahme.

[2]) Der letztere Fall ist sehr selten, und noch seltener unzweifelhaft darzustellen. Ich theile daher folgenden exquisiten Fall mit: Im April 1871 stellte sich mir ein Kranker mit einem seit 14 Tagen bestandenen, flachen, wenig secernirenden, kaum linsengrossen Geschwüre des Präputiums vor, das auf einer „typischen", umgreifbaren, knorpelharten, massigen Induration aufsass. Meinem Grundsatze gemäss behandelte ich den Schanker local, dem Kranken eine allgemeine Kur in Aussicht stellend, wenn die „fast mit Sicherheit zu erwartenden Allgemeinsymptome" sich zeigen würden. Der Schanker vernarbte, die Sclerose bestand, aber die Allgemeinsyphilis zeigte sich immer noch nicht. Bis zum September stellte sich der Kranke in regelmässigen Intervallen vor. Bis dahin war auch die Sclerose geschwunden. Keine Spur von Syphilis, daher auch keine Behandlung. Zu Weihnachten 1871 kam der Kranke abermals. Er hatte drei weiche Schanker der inneren Lamelle der Vorhaut, welche in wenigen Tagen sich auf 6—8 vermehrten, deren zwei im Sulcus coronarius, zwei follikuläre auf der Eichel selbst sassen. In der dritten Woche zeigte ein neben dem Bändchen befindliches autoinoculirtes Geschwür eine mässige Induration. Mitte Februar 1872, erschien ein maculo-papulöses Syphilid am Stamme und Psoriasis palmaris. Seither habe ich mehrere solche Fälle beobachtet. Das Gleiche berichtet Boeck von zwei Männern. Beide zeigten eine „überaus charakteristische" Induration und inficirten später ihre Weiber. Beide Frauen bekamen auch allgemeine Syphilis. Die Männer jedoch blieben von Allgemeinsyphilis frei und zeigten, häufig untersucht, weder unmittelbar, noch nach Jahren Spuren von constitutioneller Syphilis (Boeck, Erfahrungen über Syphilis. Stuttgart 1875. pag. 90).

[3]) Auspitz's Fälle, Viertelj f.. D. und Syph. 1877. pag. 107. Unna, ibid. 1878. pag. 443. Pospelow, Th. Kölliker, cit. ibid. 1879. Rydigier, Klink, Chadzynski, cit. v. Auspitz ibid. 1880. pag. 281.

selber, als Localaffection. Nach Verlauf von 6 Wochen bis 3 Monaten erscheint als Manifestation der Allgemeininfection Roseola und die weitere Reihe der syphilitischen Allgemeinsymptome.

8) An einem Individuum finden sich mehrere Sclerosen von gleichzeitig, oder auch zweifellos hinter einander erfolgter Entwicklung[1]).

9) Von Hunter'schen Knoten und Papeln, welche durch künstliche Reizung (Haarseil, irritirende Pulver und Pflaster), oder spontan zu stärkerer Eiterung gelangt waren, gewonnenes Eitersecret hat bei der Ueberimpfung Geschwüre erzeugt, die selber in Generationen fortimpfbar waren, also dem üblichen Begriffe des weichen Schankers in dieser Beziehung entsprachen (Wallace[2]), Köbner[3]), Pick[4]), Lee[5]), Bidenkap[6]), Michaelis[7]), Hübbenet[8]) u. A.).

10) Die Ueberimpfung eines derart (durch Inoculation von einer Sclerose au porteur, oder auf ein anderes syphilitisches Individuum) entstandenen weichen Geschwüres (Clerc'scher Schanker) auf ein gesundes Individuum hat in einzelnen Fällen nicht Allgemeinsyphilis zur Folge gehabt[9]).

11) Die künstlichen Impfungen des Secretes von secundär-syphilitischen Producten (Wallace, Waller, Bidenkap, Rinecker u. A.) oder Blut Syphilitischer (Waller, Pellizari, Lindwurm u. A.) haben ergeben, dass in diesen Fällen der Primäraffect der Uebertragung allerdings zumeist nicht in Form eines Schankers, aber auch nicht in der einer Hunter'schen Induration, sondern in Gestalt eines den Papeln ähnlichen Knötchens sich entwickelt hat, welchem eben die prätendirten Charaktere der Sclerose fehlten[10]).

12) Ebenso lehrt die klinische Erfahrung, dass in zahllosen Fällen die Allgemeinsyphilis nur in Gestalt der Papeln, der sogenannten

---

[1]) Ein Mann (Z.-Nr. 32 der Klinik für Hautkr.) hatte eine erbsengrosse, am oberen freien Rande der Vorhaut befindliche Sclerose. Ich schnitt das Präputium und das Integument des Penis bis auf 1½" Entfernung nach rückwärts aus. Verheilung der Schnittränder per primam. Am 5. Tage verdickt sich im hintersten Winkel des durch die Excision gewonnenen Dreieckes der vernarbte Rand, am 6. Tage berstet er, eine speckig belegte Wundfläche liegt blos, es entwickelt sich ringsum eine mächtige Induration, und zwei Wochen später folgt Roseola. Man sieht nicht selten, dass ein während des Bestandes von weichen Geschwüren durch Autoinoculation entstandenes Geschwür indurirt, während die originären Ulcera desselben Kranken weich bleiben.

[2]) Wallace's Fälle, mitgetheilt von Morgan in „the Lancet" und von Boeck, in „Erfahrungen über Syphilis" etc. pag. 110.

[3]) Klinische und experimentelle Mittheilungen aus dem Gebiete der Dermatologie und Syphilis. Erlangen 1864.

[4]) Auspitz Op. c. pag. 355; ibid. das in diesen Beziehungen reichhaltigste litterarische Material.

[5]) „On syphilitic inoculation" in „The british and foreign medico-chirurgical Review", 1859.

[6]) Wiener med. Wochenschr. 1865. Nr. 34.

[7]) Zeitschr. der Wiener Ges. d. Aerzte. 1856. pag. 416.

[8]) „Die Beobachtung und das Experiment in der Syphilis". Leipzig 1859. (5 Taf.)

[9]) Bidenkap, Boeck l. c. pag. 95.

[10]) Auspitz l. c. pag. 353. Diese Charaktere sind vor der Hand nach der klinischen Wahrnehmung, des Anfühlens, Ansehens und Verlaufes, zu bestimmen, nachdem andere unterscheidende Merkmale, namentlich die von der anatomischen Untersuchung gelieferten, bisher nicht genügend erscheinen.

breiten Condylome direct übertragen werde, ohne Sclerose oder eine Schankerform als Initialaffect.

13) Weiters folgt sehr häufig Allgemeinsyphilis auf Primäraffectionen, welche weder dem Charakter des typischen weichen, noch des typischen harten Schankers, der Sclerose, oder der Papel entsprechen, sondern als phagedänische, oder diphtheritische Geschwüre, oder gar als blosse Erosion (Ulcus ambustiforme, Érosion chancreuse, Bassereau) sich darstellen. So dass der Cardinalsatz der Dualisten, jede Syphilis habe einen indurirten Schanker, oder die Sclerose, oder eine Papel als Initialform, auch durch diesen Punkt widerlegt ist.

14) Endlich finden sich auch wohlconstatirte Fälle, in welchen die Syphilis ohne jedwede Spur eines wie immer Namen habenden Primäraffectes acquirirt wird, indem es an Ort und Stelle der Uebertragung eben zu keiner sichtbaren Bildung von Geschwür oder Papel kömmt — Syphilis d'emblée.

Man hat constatirt, dass von weichem Schanker andere Personen einen harten Schanker und Syphilis davon trugen (Langlebert [1]). Die sub 9 angegebenen Experimente haben erwiesen, dass die Sclerose künstlich in Eiterung versetzt auf Syphilitische und, wie Bidenkap mitgetheilt, auch auf einen Gesunden übertragen einfachen Schanker ohne folgende Syphilis erzeugen kann. Man hat noch häufiger gesehen, dass von mit Syphilis behafteten Personen per coitum Einzelne nur weiche Schanker ohne Syphilis davontrugen (Melchior Robert [2]), Langlebert [3]) Cullerier [4]); aber die Dualisten wissen keinen anderen Einwand gegen diese Thatsachen zu erheben, als dass sie die Verlässlichkeit der Angaben allesammt bezweifeln und wie Lancereaux prätendiren, dass die Impfquellen und die Impfeffecte klinisch genauer beschrieben sein mögen; während gerade entgegengesetzt ein anderer Dualist, Bäumler, die Rücksichtnahme auf „Form und Beschaffenheit der Geschwüre" für eine Nebensächlichkeit hält. Man hat durch Impfung von der Sclerose au porteur, oder auf Syphilitische nicht nur weiche Geschwüre, sondern nach Incubation eine Papel, oder eine Induration entstehen sehen (Bidenkap [5]), Boeck), und die Dualisten werden sich vielleicht mit der „Irritabilität" Syphilitischer behelfen. Hat ja Tarnowsky [6]) neuerlich an Syphilitischen durch einfache Aetzung solche „Pseudo-Indurationen" hervorgerufen, obgleich dies Köbner [7]) und mir [8]) nicht (wohl aber Gay [9]) gelungen ist, und eine neue Species der „pseudoindurirten" Schanker Syphilitischer creirt, analog, aber in einem anderen Sinne, wie Fournier schon früher ge-

---

[1]) Langlebert, Traité des maladies vénériennes. Paris 1864. pag. 344. cit. b. Lancereaux pag. 97.

[2]) Faits et considérations à l'appui de l'unicité du virus chancreux. broch. in 8°. Marseille 1859.

[3]) l. c. Obs. V. u. XI.

[4]) l. c. p. 35.

[5]) Wiener med. Wochenschrift. 1865. Nr. 31—34.

[6]) Tarnowsky, „Reizung und Syphilis", Vierteljahrschr. f. Dermatologie und Syphilis. 1877. pag. 19.

[7]) Ibid. 1878. pag. 593.

[8]) Kaposi, ibid. 1879. pag. 249.

[9]) Ibid. pag. 543.

than [1]). Ich selbst möchte, fern von der Willkür, mit der ihre Resultate hüben und drüben gedeutet wurden, den Impfungen überhaupt nicht jene Beweiskraft zumuthen, die ihnen früher beigelegt wurde und zwar aus Gründen, die noch bei der diagnostischen Impfung der Schanker zur Sprache kommen werden.

Gewiss aber bekundet die grosse Reihe dieser aufgezählten und anderer hier nicht weiter angeführten, aber in der speciellen Pathologie noch zu erwähnenden Thatsachen, dass die Syphilis allerdings am häufigsten durch den Primäraffect des indurirten Geschwüres, oder der ulcerirten Sclerose sich überträgt, dass aber die syphilitische Infection auch mittels der verschiedenen anderen genannten Primärformen, des weichen Schankers, der Papel, der Erosion und ohne jede solche sich vollziehen kann. Es ist ersichtlich, dass die verschiedenen, als Primärformen auftretenden Affecte zu secundären, d. i. Productionen der Allgemeinsyphilis werden können, und umgekehrt, aus letzteren durch künstliche Eingriffe, oder per coitum wieder Formen der Primäraffecte (Geschwüre, Papeln) hervorgehen können. Kurz, Klinik und Experiment haben der Uebergänge von den Primärformen in einander und in die Productionen der Allgemeinsyphilis so viele und mit solcher Sicherheit festgestellt, dass die Annahme sich uns geradezu aufdrängt: all' diese Formen stammen aus Einer Ansteckungsquelle; es gibt nur Ein syphilitisches Virus.

§. 20. Nicht weniger als durch diese Reflexionen und durch das Unzureichende einer jeden Dualitätstheorie werden wir durch die Rücksicht auf die praktischen Erfordernisse zur Annahme eines einheitlichen syphilitischen Virus gedrängt.

Noch so treu der Ansicht, dass der weiche Schanker genetisch und nosologisch vom harten Schanker oder der Induration verschieden sei, vermag der überzeugungstreueste Dualist ebenso wenig wie der Unitarist im gegebenen Falle auszusagen, ob ein weicher Schanker als Localübel enden, oder aber, ohne oder mit folgender Induration, zur Allgemeininfection führen werde. Es helfen in dieser Beziehung gar nichts als die zahlreichen in der Litteratur verzeichneten, durch die Experimente und Impfungen von so vielen verdienstvollen Forschern gewonnenen, an und für sich höchst wichtigen und lehrreichen Thatsachen bezüglich des Verhaltens der verschiedenen syphilitischen, oder als solche angesehenen Affectionen zu einander, zu gesunden oder durchseuchten Personen. Vor der Hand muss auch der Dualist erst den weiteren Verlauf abwarten, bevor er über die Bedeutung des Schankers für das betroffene Individuum sich klar werden und aussprechen kann, da die Allgemeinerkrankung nach weichen Schankern leider eine nicht seltene und wohlbekannte Thatsache ist. Ein Anhänger der Dualitätslehre betrachtet demnach in praxi den weichen Schanker, oder, was dasselbe ist, ein venerisches Geschwür, an welchem keine specifische Induration nachgewiesen werden kann, als den möglichen Quell einer Allgemeinerkrankung gerade so, wie der

[1]) Fournier, Du Pseudo-chancre induré des sujets syphilitiques. Arch. gén. de médecine. Juni 1868.

Unitarier, — der Dualist in theoria ist durch die Erfahrung gezwungen, ein Unitarier in praxi zu sein.

Einen „weichen“ Schanker nachträglich, wenn die unerwarteten Allgemeinsymptome sich eingestellt haben, als „inficirenden“, „indurirten“ oder „gemischten“ Schanker zu deuten, auch wenn der „geübteste Tastsinn“ keine Induration an demselben wahrzunehmen vermochte, — wie dies ja die Dualitätslehre erheischt, — „un chancre syphilitique à base molle“ (Fournier l. c. pag. 134), scheint uns wissenschaftlich unzulässig, und vor Allem ohne jeglichen praktischen Werth; eine retrospective Prognose, — ein innerer Widerspruch.

So unvermittelt die theoretischen Anschauungen der Dualisten und Unitarier einander gegenüberstehen, auf dem Boden der Thatsachen begegnen sie sich also dennoch wieder, insofern diese von beiden anerkannt werden und die Richtschnur für ihr praktisches Vorgehen abgeben.

§. 21. Kehren wir nun zu der ursprünglich uns vorgelegten Frage nach dem concreten Inhalte des „Begriffes Syphilis“ zurück.

Nach der vorausgegangenen historischen Darstellung ist für die Anschauung der Dualisten der Begriff der „Syphilis“ enger, für die der Unitarier weiter. Jene schliessen die local bleibenden weichen Geschwüre, oder die Schanker überhaupt aus dem Gebiete der Syphilis als venerisch-contagiöse Geschwüre aus. Der Begriff Syphilis wird von den Localaffecten nur der Sclerose, und von da ab allen Folgeerscheinungen angepasst.

Nach der Richtung der Schanker jedoch verwischt sich die Grenze des so eingeschränkten Begriffes Syphilis, so oft einer jener Fälle eintritt, dass dem weichen Schanker Allgemeinerkrankung folgt.

Die Unitaristen nehmen deshalb von vornherein den Begriff Syphilis weiter, indem sie im wissenschaftlichen Sinne unter denselben sowohl alle die venerischen Affectionen, in deren Gefolge regelmässig, oder auch nur selten Allgemeinerkrankung folgt, demnach Schanker, Induration, Papel, als auch die manifesten Symptome der specifischen Allgemeinerkrankung selber zusammenfassen.

Der folgenden Darstellung ist dieser weitere Begriff der Syphilis zu Grunde gelegt.

Nur im eminent praktischen Verkehre, also ohne Rücksicht auf den speciellen wissenschaftlichen Standpunkt, verstehen alle Aerzte unter Syphilis die schon prononcirte Allgemeinerkrankung, die sogenannte constitutionelle Syphilis, Lues, Lues universalis.

Allgemeine Eintheilung der Syphilis.

§. 22. Die klinische Erfahrung, dass in der überwiegend grossen Zahl von Fällen der unmittelbare Affect einer im weitesten Sinne syphilitischen Ansteckung als locales Uebel verläuft, und für den Gesammtorganismus in alle Zukunft keinerlei Folgen hinterlässt; oder dass derselbe wenigstens eine Zeit lang ein klinisch zweifellos als local aufzufassendes Uebel darstellt, macht es wünschenswerth, dass für die

Bedürfnisse der Praxis solche örtlich bleibende, demnach relativ bedeutungslose Affectionen von den ungleich wichtigeren Symptomen der Allgemeinerkrankung selber, d. i. der Syphilis κατ' ἐξοχήν, unter einer kenntlichen und charakteristischen Bezeichnung abgegrenzt werden.

Diesem praktischen Bedürfnisse hat man auf verschiedene Weise zu entsprechen versucht.

Hunter unterschied in dieser Richtung locale oder unmittelbare venerische (Tripper ohne, Schanker mit Zerstörung der Gewebe), und allgemeine, constitutionelle Affectionen [1]).

Später wurden die unmittelbaren Wirkungssymptome der Ansteckung als primäre, die der Allgemeinaffection als secundäre Syphilis bezeichnet. Auch heute noch ist diese Bezeichnungsweise in praktischem Gebrauche. Da jedoch die Symptome der Allgemeinsyphilis selber erfahrungsgemäss periodenweise sich einzustellen pflegen, und die einzelnen Perioden der Eruption oft sehr weit auseinanderliegen, hat man alsbald auch tertiäre (Ricord) und sogar quaternäre Syphilis unterschieden. Durch diese Ausdehnung der Zahlenreihe wurde der gewünschte Gegensatz zwischen primär und secundär abgeschwächt, oder der zwischen secundär, tertiär und quaternär in unbeabsichtigter Weise verschärft.

Ueberdies wurden eine Zeit lang den secundären und tertiären Symptomen je besondere nosologische Eigenschaften zugeschrieben: anfangs Nichtcontagiosität, später Contagiosität der ersteren; Heredität oder Nichtheredität der letzteren (Ricord). In weiterer Folge wurde die Unterscheidung zwischen secundären und tertiären Formen bald auf Grundlage anatomischer Verhältnisse (Gumma, v. Baerensprung [2]), E. Wagner [3]), bald der chronologischen Reihenfolge (v. Sigmund [4]) versucht.

Durch all' dies erwies sich die arithmetische Classification als wenig brauchbar.

Zutreffend ist auf alle Fälle die ebenfalls in praxi gebräuchliche Bezeichnung der localen gegenüber der allgemeinen Syphilis, wie sie schon von Hunter eingeführt wurde.

Die rasche gegenseitige Verständigung mittels dieser Bezeichnungsweise wird aber dadurch beeinträchtigt, dass eben die Anhänger der Dualitätslehre entweder die locale Syphilis schon von, und mit der Entwicklung der Induration rechnen, oder überhaupt keine locale Syphilis gelten lassen, da ja schon die Induration ein Symptom und das Entwicklungsproduct der allgemeinen Syphilis sei.

Auspitz hat versucht [5]) die verschiedene Wirkungsweise des syphilitischen Virus in der Weise darzustellen, dass dasselbe einmal in acuter, in der Form des weichen Schankers, das anderemal in chronischer Weise, in Gestalt der Induration und der Symptome der Allgemeinerkrankung, sich manifestirt. Demnach möchte er auch die Syphiliserscheinungen selber in acute und chronische eingetheilt

---

[1]) l. c. pag. 38 und 39.
[2]) Annalen der Charité. VI. Bd. pag. 16, und etwas modificirt ibid. IX. Bd. 1. Heft. pag. 139.
[3]) Arch. d. Heilk. 1863. IV. pag. 1, 221 u. f.
[4]) Wiener med. Wochenschr. 1856. Nr. 18. 32, 45.
[5]) l. c. pag. 370.

wissen. Die Differenz zwischen acut und chronisch ist jedoch wenig bemerkbar, wenn die Induration schon am Ende der ersten Woche ausgebildet sein kann (Ricord, v. Sigmund), das Schankergeschwür selbst aber oft erst am 3.—5. Tage kenntlich entwickelt ist. Auspitz auch ist der Meinung, dass diese geringe Zeitdifferenz uns noch nicht berechtige, für die Induration eine Incubation geltend zu machen. Er will deshalb, dass hier die Bezeichnung „chronisch" gleichbedeutend mit „inficirend" genommen werde. Der letztere Begriff involvirt jedoch immer einen „Rückschluss", der, wie der Autor selbst sagt, unstatthaft ist.

§. 23. All' die aufgezählten Versuche einer besonderen Nomenclatur und Eintheilung entsprechen demnach nicht durchgehends dem Bedürfnisse, obgleich sie doch alle zum Theile in den Thatsachen begründet sind. Wie immer man theoretisch disponirt sein mag, so viel wird von jeder Seite zugestanden, dass gewisse als syphilitisch, oder wenigstens als specifisch bezeichnete Affectionen durch directe Einwirkung des Contagiums entstehen, meist auch sehr rasch (acut) sich entwickeln, für immer, oder für einige Zeit — so lange deren inficirende Eigenschaft nicht erwiesen ist — oder wenigstens, ohne Rücksicht auf etwa auftretende Folgen, als solche, als klinisches Object, eine locale Erkrankung darstellen. Diese Gruppe von den Affectionen abzutrennen, welche als spätere Folgen der Ansteckung, als secundäre Erscheinungen und als Symptome einer Allgemeinerkrankung gelten, ist ein unabweisliches Bedürfniss der Praxis.

Diesem Bedürfnisse glaube ich am besten zu begegnen, wenn ich, wie ich dies bereits im Jahre 1866 bezüglich der syphilitischen Affectionen der Schleimhaut versucht [1]), hiemit auch die syphilitischen Erkrankungen des Organismus überhaupt in I. idiopathische und II. symptomatische eintheile.

A. Idiopathische syphilitische Affectionen sind solche Krankheitserscheinungen, welche an Ort und Stelle der unmittelbaren Haftung des specifischen Contagiums entstanden sind und als solche kein Ergriffensein des Gesammtorganismus involviren. Sie stellen demnach auch die κατ' ἐξοχήν localen, und eventuell die primären Affectionen vor.

Hieher gehören: 1. der Schanker; 2. unter gewissen Verhältnissen die Papel [2]).

---

[1]) Die Syphilis der Schleimhaut. Erlangen 1866. pag. 46.

[2]) Dass der weiche Schanker einen idiopathischen Affect darstelle, kann nicht discutirt werden. Auch dass die syphilitische Induration und unter Umständen auch die Papel an Ort und Stelle der directen Einwirkung des Contagiums entstehen, als Resultat der Ueberimpfung secundär-syphilitischer Producte, demnach als solche idiopathische Affecte darstellen, ist zweifellos. Gegenüber dem etwaigen Vorwurfe, dass die Induration nicht unmittelbar auf die locale Einimpfung, sondern erst nach mehrtägiger, bis dreiwöchentlicher Incubation sich zeige, ist zu bemerken, dass jene Incubation oft sehr kurz (3—5 Tage) ist und namentlich gar nicht im Verhältnisse zu der Incubationszeit der allgemein so genannten secundären Syphilis steht, deren Symptome niemals vor 6 Wochen, meist später, bis 3 Monaten und darüber auftauchen. Wenn endlich die dualistische Schule den harten Schanker und die Induration bereits als Symptom der allgemeinen Syphilis betrachtet und deshalb dieselben nicht als idiopathische Affecte gelten lassen wollte, so stände diese Theorie im Gegensatze zur Praxis. Nach dieser kann eine

B. Symptomatische syphilitische Affectionen sind alle specifischen Krankheitsformen, welche als solche für ein Symptom der bereits stattgehabten Allgemeininfection des Organismus angesehen werden müssen.

Sie sind ungleich mannigfacher und zahlreicher als die ersteren, gehören sowohl der allgemeinen Decke und den Schleimhäuten, wie auch allen anderen Organen und Gewebssystemen an, und müssen, wann und wo sie sich vorfinden, auf Grund der ihnen eigenthümlichen Charaktere, als Wahrzeichen einer durch Berührung (Coitus, Contact welcher Art immer) oder Heredität vollzogenen, und als Symptome der noch vorhandenen specifischen Infection des Gesammtorganismus gelten.

Nach diesen zwei Hauptgruppen werde ich im Folgenden die syphilitischen Affectionen abhandeln.

Zugleich ergibt sich für die weitere Darstellung die Nothwendigkeit darauf Rücksicht zu nehmen, dass, wie Eingangs hervorgehoben wurde, die Syphilis auf zweierlei Wegen entsteht. Einmal an dem geborenen Individuum durch directe Ueberimpfung des Syphilisgiftes — erworbene Syphilis. Nur bei diesem Modus der Erkrankung finden sich die sub I. erwähnten idiopathischen Syphilisformen. Zweitens beim Fötus, intra uterum, auf dem Wege der Ererbung von den Eltern — hereditäre Syphilis. Bei dieser kommen nur die Syphilisformen der II. Kategorie zur Entwicklung. Die Pathologie der Syphilis zerfällt demnach in natürliche zwei Hauptabschnitte: I. Die erworbene, II. Die hereditäre Syphilis.

Induration doch nur dann stricte als Syphilis reclamirt werden, wenn einmal die Allgemeinsymptome manifest sind. Wenn diese ausbleiben, lautet der Rückschluss ganz entgegengesetzt: dann war das Gebilde keine „Induration", sondern nur eine „entzündliche Härte" („dureté" im Gegensatze zu „induration").

Specieller Theil.

I. Hauptabschnitt.

Erworbene Syphilis (Contact-Syphilis, Syphilis acquisita).

§. 24. Wenn das syphilitische Gift von einer der möglichen Ansteckungsquellen, die wir in dem Kapitel „Aetiologie der Syphilis" speciell erörtern werden, in den lebenden menschlichen Organismus eingebracht wird, so erwirbt dieser die Syphilis.

Dieses Eintragen des syphilitischen Virus entspricht einer directen Einimpfung durch unmittelbaren Contact, und erfolgt daher, so weit dies im Allgemeinen als richtig gilt, immer nur an einer gleichzeitig verletzten Stelle der allgemeinen Decke, oder der dieser nachbarlichen Schleimhaut.

Die Wirkung dieser Ansteckung äussert sich nun durch einen Krankheitsverlauf von allgemein giltigem Typus.

An Ort und Stelle der Inoculation des Syphilisgiftes entsteht binnen wenigen Stunden, 1 bis 3 Tagen, oder erst im Verlaufe der 2. bis 3. Woche eine Gewebsveränderung sub forma eines entzündlichen, entzündlich-eitrigen, oder mehr neoplastischen Vorganges. Es entsteht eine Pustel, ein Geschwür, ein Knötchen, ein Knoten von eigenartigem Charakter und Verlaufe, seltener eine Läsion von weniger prononcirter Beschaffenheit.

Diese der directen, oder unmittelbaren Einwirkung des Syphilisgiftes entsprechenden Affectionen stellen die idiopathischen, primären, localen oder Initialformen der Syphilis dar.

Der Verlauf der durch die Ansteckung örtlich bewirkten Erkrankung kann sich auf zweierlei Art gestalten.

1) Die genannten örtlichen Affecte bestehen in einem sehr mannigfachen klinischen Verlaufe mehrere Wochen bis Monate und compliciren sich inzwischen entweder mit keinen bemerkenswerthen anderen Erscheinungen, oder mit Schwellungs-, Entzündungs- und Eiterungsvorgängen der nachbarlichen Gewebe, namentlich der ihrer Oertlichkeit anatomisch zugehörigen Lymphgefässe und Lymphdrüsen. Endlich

verheilen jene so wie diese, ohne irgend welche specifische Krankheitsfolgen für den Gesammtorganismus zu hinterlassen.

Man kann annehmen, dass der dem Organismus inoculirte Giftstoff in dem örtlichen Entzündungs- oder Verschwärungsprozesse zerstört oder eliminirt, oder allenfalls durch die Lymphgefässe bis in die nächsten Lymphdrüsen abgeführt, aber schliesslich auch von da ausgesondert, oder daselbst zerstört wurde.

In anderen Fällen findet von der Inoculationsstelle aus Resorption des Syphilisgiftes und eine Intoxication, oder Infection der gesammten Blut- und Säftemasse des Organismus statt. Dieses Ereigniss erfolgt allmälig, binnen 6—8—12 Wochen von der Zeit der Ansteckung an gerechnet. Es manifestirt sich durch gewisse Veränderungen im Allgemeinbefinden und durch eine Anfangs typische, später sehr wandelbare Reihe von charakteristischen Gewebserkrankungen, der Haut, der Schleimhäute, der Knochen, der Parenchyme, des Nervensystems, kurz durch eine eigenartige Erkrankung des Gesammtorganismus. Man nennt dies constitutionelle Syphilis, Allgemeinsyphilis, Lues oder Syphilis schlechtweg.

Die den beiden genannten Verlaufsweisen entsprechenden Krankheitsformen sind ausserordentlich verschieden. Eine sachgemässe und belehrende allgemeine Darstellung derselben müsste doch zugleich so viel des Details enthalten, dass es mir zweckmässiger erscheint, sofort die specielle Pathologie jener Erkrankungsformen vorzuführen und erst nachträglich das zahlreiche Detail zusammenzufassen und die an dasselbe sich knüpfenden Fragen über die Ursache, Wesenheit, Bedeutung, individuelle und sociale Folgen der Krankheit etc. zu erörtern.

A. Idiopathische Syphiliserscheinungen.

(Primäre, örtliche Syphilis.)

Der Schanker.

Begriff des Schankers.

§. 25. Wie aus der vorausgegangenen geschichtlichen Darstellung erhellt, ist der ursprünglich von Ricord aufgestellte Begriff des Schankers seit den dreissiger Jahren nach verschiedener Richtung modificirt worden. Namentlich hat derselbe unter dem Einflusse der französischen und deutschen Dualitätslehre an der ursprünglich von Ricord ihm gegebenen Schärfe eingebüsst und musste derselbe auch vom unitaristischen Standpunkte in dem Maasse modificirt werden, als gewisse, von Ricord axiomatisch hingestellte Sätze durch die Praxis und das Experiment als unhaltbar sich erwiesen hatten. So dass wir auch heut zu Tage noch selbst bezüglich des Schankerbegriffes allein,

ebenso wenig wie über den der Syphilis überhaupt, auf eine allgemeine Uebereinstimmung der Meinungen rechnen können.

Dennoch dürfte es so ziemlich jedem theoretischen Standpunkte entsprechen, wenn die Definition des Schankers dahin fixirt würde:

Der Schanker ist ein Geschwür der Haut oder der Schleimhaut, das im Gefolge und an dem Orte selbst der directen Einwirkung des specifischen Contagiums entstanden ist und ein Secret liefert, durch dessen Einimpfung ein Geschwür von der gleichen Eigenschaft, wie das der Impfquelle erzeugt werden kann.

Es wird zwar im Verlaufe der weiteren Auseinandersetzung klar werden, dass gewisse Affecte als Schanker angesprochen werden müssen und faktisch auch die Rolle desselben spielen, ohne dass diese Definition vollständig auf dieselben passte, oder ohne dass alle ihre Eigenschaften in dieser Definition mit enthalten wären.

Dennoch kann man sagen, dass in dieser Charakteristik die wesentlichsten Eigenschaften eingeschlossen sind, welche wir von einem Affecte erwarten, den wir als Schanker ansprechen sollen.

Das Wesentlichste hiebei ist, was nicht genug betont werden kann, dass die als Schanker anzusprechende Läsion das Product der directen und örtlichen Einwirkung des supponirten Contagiums sei.

Zunächst folgt also aus dieser Definition, dass nur solche Erkrankungen als Schanker zu gelten haben, die man vulgär als primäre Affectionen bezeichnet hat, ohne Rücksicht darauf, in wie weit dieselben mit einer folgenden Allgemeinerkrankung in Beziehung gebracht werden könnten, oder nicht.

Weiters, insofern wir zunächst Geschwüre im Auge haben, dass wir demnach Geschwüre specifischen Charakters, welche nachweisbar bereits als Ausdruck einer Allgemeinerkrankung entstanden sind, also nicht an Ort und Stelle der directen Uebertragung des specifischen Virus, auch wenn sie ursprünglichen Schankern noch so ähnlich wären, dass wir diese nicht als Schanker bezeichnen, z. B. aus Gummaknoten hervorgegangene Hautgeschwüre, Rachengeschwüre etc.

Allein, wenn man den Thatsachen unbeirrt von allen theoretischen Lehrmeinungen Rechnung trägt, so muss gleich vorweg genommen werden, dass ein grosser Theil der im Verlaufe der letzten Jahrzehnte in Vorschein getretenen Begriffsverwirrung und Meinungsverschiedenheit bezüglich der Deutung der Schanker auf dem Umstande beruht, dass Ricord nur zwei Arten von Schanker aufgestellt hat, nämlich den weichen und den harten Schanker.

Obgleich er ebenso wenig, wie irgend ein Kliniker, sich der Erfahrung verschliessen konnte, dass es auch Primäraffectionen gibt, welche weder in den strengen Rahmen des weichen, noch in den des harten Schankers hineinpassen, so sind ihm und den meisten Aerzten doch alle Formen der sogenannten Schanker oder Primäraffectionen in diesen beiden Typen aufgegangen. Indem man bestrebt war, alles was da als Primäraffect sich präsentirte, einem dieser Typen einzureihen, hat man die Erkenntniss fast mit Willen von sich gehalten, dass die Aufstellung zweier solcher Schankerarten der Summe und der Qualität der thatsächlichen klinischen Vorkommnisse eben nicht entspreche.

Denn sobald wir die Erkrankungsformen näher in's Auge fassen, welche auf die directe Einwirkung des specifischen Contagiums in loco entstehen können, so erfahren wir, dass sehr häufig schon das erste wesentlichste Characteristicum, welches wir für einen Schanker geltend machen, nämlich der geschwürige Charakter, dass schon dieser mangeln kann; oder dass der geschwürige Charakter so unbedeutend entwickelt ist, gegenüber von anderen Merkmalen, dass im Gegentheil sogar diese letzteren zur Charakteristik der betreffenden Läsion benützt werden und nicht die geschwürige Beschaffenheit.

Um diesen Thatsachen gerecht zu werden haben alle Kliniker vom Ursprunge an neben dem weichen Schanker ohne weiteres auch von phagedänischen, diphtheritischen, serpiginösen, folliculären, erosionartigen und manchen anderen Arten von Schankern gesprochen.

Auch die Contagiosität, von jeher als wesentliches Characteristicum des Schankers angeführt, stellt sich nicht immer mit derselben Unzweifelhaftigkeit, oder unter denselben Verhältnissen heraus, so dass auch nach dieser Richtung eine Art Schankereintheilung sich herausgebildet hat, die keineswegs mit dem Typus „weich“ und „hart“ zusammenfällt.

Man kannte Schanker, die unter allen Umständen oder beinahe ausnahmslos überimpfbar waren, andere, bei denen dies nur unter gewissen Umständen und auf gewisse Individuen möglich war.

Man hat weiters auf diese Unbeständigkeit des Schankers Rücksicht nehmend von vornherein von gewissen Complicationen unterscheidende Merkmale herbeigeholt und darnach z. B. Schanker mit eiterndem Bubo, Schanker mit indolentem Bubo unterschieden.

Am merkwürdigsten ist jedenfalls, dass die Gewalt der Theorien so mächtig werden konnte, dass die jeweiligen Anhänger derselben, durch diese vorwiegend geleitet, die klinische Erfahrung, sonst die Basis der Theorie, so ziemlich bei Seite liessen und ignorirten und einzig und allein den Bedürfnissen der Theorien entsprechend die Stellung der Schanker zur Syphilis fixirten, in der Meinung, damit der Wissenschaft und der Praxis in gleicher Weise gerecht werden zu können.

Es geht aus der vorausgeschickten geschichtlichen Darstellung hervor, dass die Unitaristen dem Schanker für alle Fälle die Möglichkeit zugestehen, mit einer Allgemeinsyphilis ätiologisch in Beziehung zu treten; dass die französischen Dualisten diese Eigenschaft nur dem harten Schanker zuerkennen und dass die deutschen Dualisten demselben diese Eigenschaft ein für alle Mal absprechen und sie einem Affecte vindiciren, der klinisch von einem Schanker gar nicht getrennt werden kann (Induration), von ihnen aber als ein von dem Schanker ganz Verschiedenes hingestellt wird.

Diese hier skizzirten Schwierigkeiten berücksichtigend, wird man es mir kaum zum Vorwurf machen, wenn ich den praktischen Standpunkt im Auge behalte und meine Definition des Schankers in einer Weise eingerichtet habe, welcher so ziemlich alle Meinungen sich anlehnen können.

Ich habe nämlich die Ueberzeugung, dass die Verschiedenheit der Anschauungen, so grell sie in der theoretischen Darstellung zu Tage tritt, de merito gar nicht so gross ist. Denn so sehr auch die Mei-

nungen nach der einen Richtung divergiren, nach der andern Richtung, nach der, von wo sie ursprünglich ausgegangen sind, auf dem Boden der klinischen Thatsachen, treffen doch alle wieder zusammen.

Indem wir die klinischen Erscheinungen ohne Rücksicht auf die wandelbaren Theorien als naturgeschichtliche Thatsachen festzustellen und vorzuführen bestrebt sind, bieten wir eine unverrückbare Einheit für die Vergleichung mit den Ergebnissen des wissenschaftlichen Experimentes, einen Werthmesser für die theoretischen Deductionen, für die Praxis selbst brauchbare und erspriessliche Grundlagen.

Symptomatologie der Schanker.

§. 26. Wie in dem Vorhergehenden angedeutet, treten die Schanker in sehr variablen Formen auf. Doch kann man mit Rücksicht auf die Häufigkeit gewisser Symptomencomplexe, in voller Uebereinstimmung mit der klinischen Wahrheit und unbeirrt von allen theoretischen Meinungen gewisse Typen derselben aufstellen, von denen einzelne häufiger, die andern seltener vorkommen. Nur wenige dieser Schankerformen zeigen bei ihrer ursprünglichen Entwicklung eine besondere Charakterverschiedenheit.

Ich betone im Gegentheil gegenüber dem Schweigen, welches über diesen Punkt allgemein beobachtet wird, dass in der ursprünglichen Entwicklung die meisten Schankerformen in gleicher Weise sich repräsentiren.

Entwicklung.

§. 27. Die Entwicklung des Schankers kann am besten studirt werden, wenn man von dem Secrete eines schon bestehenden Geschwüres unter die Epidermis impft, oder wenn, wie bei schon bestehenden Schankern eines Individuums, spontan eine solche Ueberimpfung auf eine früher noch nicht krank gewesene Hautstelle stattgefunden hat (Autoinoculation).

Um die mit einem Blutbörkchen besetzte Einstichstelle bildet sich nach wenigen Stunden eine Injectionsröthe, und im Verlauf von 1 bis 3 Tagen an der Einstichstelle selbst eine mit Eiter gefüllte Efflorescenz, eine Pustel. Diese vergrössert sich, platzt nach 3—5 Tagen oder wird durch mechanische Verletzung ihrer Decke beraubt und der Schanker liegt nun als charakteristisches Geschwür zu Tage.

Am Ende der ersten Woche zu etwa Linsengrösse gediehen, stellt das Schankergeschwür in dieser seiner typischen Form einen ziemlich tiefgreifenden Substanzverlust des Coriums oder der Schleimhaut dar, lochförmig, wie mit dem Lochbohrer (emporte-pièce) gemacht, mit scharf abgesetzten, feinzackigen, wie ausgenagten, etwas unterminirten, wenig vorgewölbten, von einem entzündlichen Halo umgebenen Rändern. Die Ränder und der ungleich grubige Grund des Geschwüres sind graugelb belegt, durch Abtupfen nicht zu reinigen, bei Berührung leicht blutend und ziemlich schmerzhaft.

Die Umgebung des Randes und des Grundes fühlt sich mässig hart an, wie entzündetes Gewebe (dure, non pas induré). Das Geschwür secernirt sehr reichlich dicken Eiter. Dieser ist in hohem Grade contagiös. Unter die Epidermis, in einen Follikel, auf eine offene Wunde gebracht, erzeugt derselbe auf dem Träger sowohl (au porteur) wie auf jedem anderen, syphilitischen, wie nicht syphilitischen Individuum ein Geschwür von ganz gleicher Beschaffenheit und derselben Contagiosität wie das Muttergeschwür.

Selbstverständlich fehlt bei der Ueberimpfung auf eine offene Wunde die Initialpustel. Es verwandelt sich vielmehr die Wunde in toto binnen 24 Stunden in ein Schankergeschwür.

Ebenso gestaltet sich ein aus einem Follikel hervorgegangener Schanker (Follicular-Schanker) gleich ursprünglich mehr kraterförmig.

Im weitern Verlaufe jedoch treten bei den auf welche der beschriebenen Arten immer entstandenen Schankern bedeutende Modificationen auf, sowohl der dem Schanker selbst angehörigen, als der complicativen Symptome.

Da diese Variationen selbst in gewissen typischen Formen wiederkehren, so ist eine Aufstellung verschiedener Schankerformen nach eben diesen Typen des Verlaufes klinisch vollkommen berechtigt und von unleugbarem praktischen Werthe.

Unter diesen sind besonders zwei Arten wegen der ausserordentlich scharfen Markirung ihres Typus von jeher aufgefallen.

Sie wurden und werden nach den zumeist in's Auge springenden differenziellen Merkmalen, der Consistenz des betroffenen Gewebes als weiche und harte Schanker unterschieden.

Die anderen Varianten, die in gleicher Weise wie diese ihre Entwicklung begonnen hatten, weichen in ihrem Verlaufe nach einer andern Richtung ab, so dass ihr Typus nach ganz andern Eigenschaften, als denen des weichen und harten Schankers sich kennzeichnet.

Der weiche Schanker.

(Chancre mou, Chancre simple, Chancre non inféctant, Chancrelle (Diday), das venerisch-contagiöse Geschwür, Helkosis (Sigmund).

§. 28. Ein Schankergeschwür wie dasjenige, welches wir bisher geschildert haben, mit den wie beschrieben beschaffenen Rändern, Grund, Secret und fast unbegrenzter Uebertragbarkeit entspricht dem Typus des weichen Schankers.

Normaler Verlauf.

§. 29. Als solches vergrössert sich das Geschwür innerhalb 3—6 Wochen bis zu einem gewissen Grade, dem Umfange einer Linse, eines Pfennigs und darüber, bleibt dann stationär und bewahrt im Uebrigen alle erwähnten Eigenschaften, speciell die der reichlichen Secretion und der Contagiosität (Stadium destructionis). Bei seiner Vergrösserung wird allenfalls die kreisrunde Gestalt in etwas geändert,

oval, flächenhaft, tief kraterförmig, was vorwiegend von der anatomischen Beschaffenheit der betroffenen Oertlichkeit abhängt. So greifen z. B. die Schanker auf der Eichel in der Regel sehr tief, ebenso die des fettreichen Gewebes des Mons Veneris, während sie auf dem Integumentum penis flach bleiben.

Eine Eigenthümlichkeit des weichen Schankers ist, dass er während dieser destructiven Periode, wegen der andauernden Contagiosität seines Eiters, sich durch Autoinoculation auf nachbarliche Hautstellen überträgt, vermehrt und er demnach zumeist in grosser Zahl angetroffen wird (Chancre multiple), bis zu 20 und darüber, namentlich dort, wo viele faltige und in gegenseitiger Berührung stehende Hautstellen der Autoinoculation einen günstigen Boden bieten: an den weiblichen Genitalien, an der Innenfläche der Vorhaut und auf der Eichel.

Jeder Schanker neuer Impfung macht einen Verlauf durch, wie der ursprüngliche, nur dass in der Regel die späteren ein etwas kürzeres Stadium destructionis besitzen.

Nach drei- bis sechswöchentlichem Bestande, während welcher Zeit der Schanker nicht die geringste Tendenz zur Heilung erkennen liess, ändert sich binnen wenigen Tagen seine Beschaffenheit. Es beginnt das Stadium reparationis.

Unter Abnahme der entzündlichen Schwellung, Schmerzhaftigkeit und Secretion erscheinen am Grunde und am Rande feine, rothe Granulationen; deren Zahl nimmt zu, der Grund erhebt sich dadurch, der Rand flacht sich ab; zwischen den Granulationen sieht man noch Anfangs mehr, später weniger eitrig belegte Grübchen. Endlich, binnen 10—14 Tagen, hat sich am Rande und Grunde eine gleichmässige Granulationsbekleidung entwickelt, von welcher zwar ebenfalls Eiter secernirt wird. Aber dieser Eiter ist nicht mehr contagiös.

Der Schanker ist in eine nicht mehr ansteckende, granulirende Wunde umgewandelt worden. Diese Umwandlung erfolgt in der Regel innerhalb des genannten Zeitraums auch ohne jeglichen therapeutischen Einfluss. Sie gehört zum physiologischen Verlaufe des Schankers.

Während des Ueberganges von dem Stadium destructionis in das einer granulirenden Wunde kann es Momente geben, in welchen von dem Reste der eiterig belegten Stellen neuerlich Infection nachbarlicher Hautstellen, oder auch anderer Individuen stattfindet.

Nach vollendeter Umwandlung ist eine Ansteckung von der Wunde aus nicht mehr möglich.

Zuweilen bleibt an einer kleinen Stelle des Randes oder des Grundes die Reparation aus, und es kann von da aus neuerliche Contagion der schon granulirenden Wunde, oder der unmittelbar angrenzenden Haut stattfinden, in welch' letzterem Falle der Schanker nach der einen Seite noch fortschreitet, während im übrigen grösseren Theile die Wunde verheilt.

Haben die Granulationen allenthalben gleichmässig und in gehöriger Ueppigkeit sich entwickelt, so erreichen sie bald das Niveau der abgeflachten Ränder, es erfolgt von letzteren aus die Ueberhäutung und der weiche Schanker ist mit einer der Grösse des Substanzverlustes entsprechenden weichen Narbe verheilt.

Ein solcher Verlauf erheischt durchschnittlich 6—8 Wochen. Dass der Gesammtverlauf sich dadurch in die Länge ziehen kann, dass

neuerlich Schanker durch Autoinoculation entstanden waren, ist selbstverständlich, da auch diese in der Regel einige Wochen für ihren Verlauf brauchen.

Eine eigenthümliche Störung im Heilungsprozesse des Schankers wird dadurch geboten, dass zuweilen die Granulationen über das Niveau hinaus emporwuchern und es nicht zur Ueberhäutung kommt.

Diese granulirende Wundfläche, welche sich bis auf 1—3 Mm. über das Hautniveau erheben kann, secernirt nicht selten ein Secret, welches noch die ursprünglich contagiöse Eigenschaft behalten hat. Es kann demnach von einem solchen Ulcus elevatum genannten Geschwüre, welches in der Geschichte der Syphilis bereits eine Rolle gespielt hat, Ansteckung erfolgen.

Endlich wird aber auch ein solches durch neuerlichen Zerfall und folgender normaler Granulationsbildung zur Ueberhäutung gelangen.

Abnormer Verlauf des weichen Schankers.

§. 30. Klinisch wichtiger als die eben genannte Abweichung des Schankerverlaufes, welche in der Bildung des Ulcus elevatum ihren Ausdruck fand, sind ein paar andere Abweichungen, welche dadurch entstehen, dass eines oder das andere der dem Schanker eigenthümlichen Symptome in überwiegender Weise zur Entwicklung kömmt.

Dadurch entstehen wieder besondere Typen oder Varianten des Schankers.

Als solche erwähnen wir hier den gangränösen, diphtheritischen, phagedänischen, serpiginösen Schanker, den Flächenschanker und den verbrühungsähnlichen Schanker.

§. 31. Der gangränöse Schanker, Ulcus specificum gangraenosum, entsteht aus dem weichen Schanker in der Regel in Folge gewisser mechanischer Einflüsse, Zerrung, Abschnürung (Paraphimosis), unzweckmässiges Verhalten u. s. w., und stellt gegenüber dem eigenthümlichen moleculären Gewebszerfall des normalen Schankers eine weit um sich greifende Massennekrobiose der Gewebe dar.

Diese erscheinen zu trockenen, runzeligen, zunderartig zerfallenden, schwarzgrünen, an der Unterlage festhaftenden Massen verwandelt, die umgebenden Gewebe in heftigster Entzündung, schmerzhaft, geschwellt, ödematös, mit breitem entzündlichen Injectionshof. Allgemeines Unwohlsein, in der Regel auch Fieber sind die begleitenden Erscheinungen.

Zur trockenen Gangrän gesellt sich der feuchte Brand. Am Rand und Grund der nekrosirenden Gewebsmasse etablirt sich eine rasch um sich greifende Schmelzung der peripheren Gewebe unter Secretion und Beimengung einer schmutzig graugelben, dünnen, übelriechenden Flüssigkeit.

Mit der Umwandlung des typischen weichen Schankers in einen gangränösen oder phagedänischen Prozess hat derselbe seinen ursprünglichen klinischen und physiologischen Charakter vollständig eingebüsst. Selbst sein Secret ist nicht mehr in dem Sinne eines Schankereiters überimpfbar. Die Gangrän unterscheidet sich durch nichts von einer unter andern Umständen, z. B. einer eingeklemmten Hernie zu Stande

gekommenen Nekrobiose und man spricht unter diesem Umstand von einem gangränösen oder phagedänischen Schanker nur mit Rücksicht darauf, dass der gangränöse oder phagedänische Herd aus einem Schanker hervorgegangen ist.

In einzelnen Fällen dagegen geht mit dieser enorm um sich greifenden Massendestruction des Gewebes eine Ansteckung der lebenden Grenzgewebe einher, so dass der die Nekrose begrenzende entzündete Gewebsrand alle Charaktere eines Schankers darbietet, zackig, ausgenagt, unterminirt sich präsentirt und einen inoculablen Eiter liefert.

Die Gangrän kann verschieden grosse Dimensionen erreichen, grosse Gewebsstrecken nach der Fläche und Tiefe mitnehmen. Endlich stösst sich der Schorf ab, es erfolgt von allen Seiten normale Granulationsbildung und Ueberhäutung, ohne dass die Wunde die ursprüngliche virulente Beschaffenheit wieder erlangt hätte.

§. 32. Der diphtheritische Schanker, Ulcus specificum diphtheriticum, geht ebenfalls aus einem normalen, in typischer Weise sich entwickelnden, weichen Schanker hervor. Anstatt dass zur entsprechenden Zeit, um die sechste Woche, durch Granulationsbildung das Stadium reparationis sich einstellte, vermindert sich unter spärlicher Granulationsbildung das Secret, welches gleichzeitig von mehr dünner, seröser Beschaffenheit wird und es präsentirt sich derselbe in Form einer kreuzer- bis thalergrossen, scharf begrenzten, in der Regel flachen, mit einer gelblich weissen, fest haftenden, zähen, membranartigen Auflagerung versehenen Geschwürsfläche, welche gegen Berührung ziemlich indolent ist, keinen Entzündungshalo darbietet, wenig dünne, viscide klebrige Flüssigkeit secernirt, die rasch zu einer firnissartigen Kruste eintrocknet.

Auch dieses Secret ist nicht überimpfbar.

Der diphtheritische Schanker zeigt eine enorme Trägheit des Verlaufes. Er ändert binnen Wochen, ja binnen Monaten kaum seine Beschaffenheit und seinen Umfang, und erfährt weder auf medicamentöse Einflüsse, noch spontan eine Aenderung zur Reparation oder zum Zerfall. Er bleibt stationär. Erst nach vielen Wochen oder Monaten tritt eine lebhaftere Vegetation in dem angrenzenden, bisweilen oft schon callösen Gewebe des Randes und Grundes ein, was sich durch eine erhöhte Succulenz des umgebenden Gewebes und intensivere Röthung der Wundfläche kundgibt. Es erfolgt rasch lebhafte Fleischwärzchenbildung, und dann regelmässige Ueberhäutung und Vernarbung.

§. 33. Der serpiginöse Schanker, Ulcus specificum serpiginosum, ist eine seltenere Folgeform des einfachen Schankers. Er entsteht unter den Umständen, wenn im grösseren Bereich eines weichen Schankers Granulationsbildung und Reparation erfolgt und an einem Punkte des Randes die schankeröse Beschaffenheit persistirt. Von diesem Punkte folgt fortschreitend Contagion und Gewebszerfall der unmittelbar angrenzenden Haut, während von der jenseitigen Peripherie die Ueberhäutung fortschreitet.

Auf diese Weise entsteht in einem auf Monate, ja bisweilen auf 1—2 Jahre sich erstreckenden Verlauf ein rinnenartiges, in grossen Bogen und Bogensegmenten verlaufendes Schankergeschwür mit con-

vexen, schankerös beschaffenen, demnach steil abfallenden, grau belegten Rändern, während der innere concave, flache, granulirende Rand in die auf denselben heranrückende Narbenfläche sich verliert.

Von mehreren Schankern oder Schankerpunkten ausgehend addiren sich die serpiginösen Schankerbogen zu Schlangenlinien, welche grosse Hautregionen umschreiben können. Man kann z. B. sehen, dass ein von der rechten Seite der Penishaut ausgegangener serpiginöser Schanker mit seiner geschwürigen Peripherie eine Linie beschreibt, welche binnen Jahresfrist die entgegengesetzte Seite der Scrotalhaut erreicht, von hier über die Raphe perinaei nach dem Oberschenkel, die Leistengegend, auf die Bauchdecke und über die Symphyse wieder im weiten Bogen zur Haut des Penis zurückläuft, das von ihm durchwanderte Terrain in narbiger Umwandlung zurücklassend.

§. 34. Der Flächenschanker, Ulcus laeve specificum. Dieser entwickelt sich bisweilen aus einem normal entstandenen weichen Schanker, bisweilen aber selbst ohne dass demselben ein tiefer Substanzverlust vorausgegangen wäre, demnach schon von vorneherein als ein ganz flacher, seichter, wie durch Abschaben oder Abrasiren der obersten Coriumschichte entstandener, rundlicher oder unregelmässig runder Substanzverlust von scharf abgesetzten, aber sehr seichten, mässig infiltrirten Rändern, samtartig feinkörnigem, lebhaft rothen, oder später braunrothen Grunde und dünneitriger, bisweilen höchst geringfügiger Secretion.

In den ersten Wochen und Monaten ist dessen Secret inoculabel. In demselben Maasse als die Injectionsröthe des Grundes geringer wird und das Secret dünner, hört auch dessen Inoculabilität auf. Derselbe bleibt aber durch viele Monate stationär, vergrössert sich weder nach der Peripherie, noch wird er jemals tiefgreifend und erst nach unbestimmt langer Zeit stellt sich etwas üppigere Granulation und endlich Ueberhäutung ein.

Ich will gleich hier erwähnen, dass sowohl aus dem serpiginösen als auch aus dem Flächenschanker wegen der Verzögerung und Verschleppung der Granulationsbildung zuweilen Epithelialcarcinom hervorgeht, gerade so, wie aus entzündlichen Geschwüren anderen Ursprunges unter den gleichen Bedingungen.

Der Standort der Flächengeschwüre ist in der Regel das Integumentum penis und labiorum maiorum und der Scheidenvorhof.

§. 35. Am allerwenigsten sind die Charaktere eines Schankers, und besonders des typischen weichen Schankers in jenem Primäraffect ausgeprägt, welcher als Ulcus ambustiforme bekannt ist. Derselbe findet sich auf der Eichel, der Vorhaut, der Schleimhaut des Scheideneinganges, in Gestalt von scharf umschriebenen, rothen, glatten, nässenden Wundflächen von Pfennig- bis Thalergrösse. Bei genauester Besichtigung glaubt man einen blossen Epidermisverlust, eine Excoriation, eine wie durch Verbrühung oder durch Abschaben entstandene Erosion vor sich zu haben.

Diese unbedeutenden Affectionen haben nichtsdestoweniger einen sehr hartnäckigen Bestand, verheilen mit Hinterlassung feiner, dünner, glänzender Narben und können ganz dieselben örtlichen und Allge-

meinfolgen nach sich ziehen, wie alle andern geschilderten Arten der Schanker.

Mannigfach wird ferners der Schanker in seiner Verlaufsweise, in seiner Form und im Gesammtcharakter variirt, je nach der von demselben occupirten Oertlichkeit und der histologischen Beschaffenheit des afficirten Gewebes.

Localisation des weichen Schankers.

§. 36. An jeder Stelle der allgemeinen Decke, sowie an den angrenzenden Schleimhautpartien kann der weiche Schanker sich etabliren. Am häufigsten findet er sich selbstverständlich, mit Rücksicht auf die häufigste Gelegenheitsursache desselben, den Coitus, an den Genitalien.

Weicher Schanker an den männlichen Geschlechtstheilen.

§. 37. Hier findet er sich zumeist an der Vorhaut und Eichel. Am Rande der ersteren stellt er rinnen- oder rissförmige Ulcerationen, auf dem innern und äussern Blatte des Präputiums erscheint er meist dem Ulcus ambustiforme entsprechend, flächenförmig, doch bildet er auch hier öfters ein tiefgreifendes Geschwür, welches die Vorhaut durchbohrt, so dass diese ein gefenstertes Ansehen erhält. Am Bändchen erscheint der Schanker zumeist in Form einer breiten geschwürigen Furche. Er greift da in der Regel nur langsam in die Tiefe, das Frenulum allmälig consumirend, auf welchem Wege die Arteria frenuli arrodirt und zur Blutung gebracht werden oder es selbst zur Perforation in die Harnröhre kommen kann. An der vorderen Einpflanzungsstelle des Bändchens bleibt der Schanker in der Regel stehen und es geschieht nur selten, dass er den kurzen, vom Orificium externum urethrae ihn trennenden Raum überschreiten und in die Harnröhre übergreifen würde.

Am tiefsten pflegen die auf der Eichel selbst befindlichen Schanker zu dringen. Die Eichel kann durch mehrere solche, gewöhnlich als Follikulargeschwüre sich charakterisirende Sckanker ihrer grössten Masse nach consumirt werden.

Nicht selten auch erscheint auf der Eichel, die Hälfte oder die ganze Circumferenz derselben einnehmend, ein verbrühungsähnlicher Schanker, in welchem Falle die Eichel in toto eine rothe, nur stellenweise seicht vertiefte, im Uebrigen glatte, mit brauner, glänzender Kruste bedeckte, oder mässig secernirende Wundfläche darstellt.

An der Eichelspitze erscheint der Schanker als Ulcus circa orificium urethrae, meist nur einen Theil des letzteren in einem schmalen Hofe umfassend, zum Theile auch auf die Harnröhrenschleimhaut selbst übergreifend.

Selten läuft er der ganzen Peripherie entlang. Er greift manchmal während eines Monate langen Bestandes in die Tiefe der Eichelsubstanz und während er nach aussen über die Eichel sich auszubreiten

gar keine Tendenz zeigt, setzt er sich auf verschiedene Länge, oft bis über die schiffförmige Grube auf die Harnröhrenschleimhaut selbst fort. Unter allen Umständen ist mit der Heilung des an der Harnröhrenmündung und der angrenzenden Urethralpartie etablirten Schankers die Gelegenheit zur Stricturirung gegeben.

Im Sulcus coronarius finden sich in der Regel mehrere Schanker, weil der virulente Eiter in dem von der Furche gebildeten und von der Vorhaut gedeckten Raume lange zurückgehalten werden und seinen ansteckenden Einfluss geltend machen kann.

Sie erscheinen anfangs in verschiedenen Entwicklungsstadien, als stecknadelkopfgrosse bis zu Linsenumfang herangewachsene, isolirte Geschwüre und confluiren im Verlaufe von Wochen zu einem die Kranzfurche ringsum occupirenden, buchtigen Geschwürskranz. In das cavernöse Gewebe einfressend durchbohren sie das Frenulum an seiner Basis, wobei es ebenfalls zu Blutungen aus der Arteria frenuli kommen kann. Oder sie greifen über den Eichelrand hinwegschreitend beträchtlich tief in die Eichelsubstanz selbst. Manchmal verheilen sie in dem entsprechenden Zeitraum an allen Partien, führen jedoch vom hintern Furchenrande aus zu entzündlicher Infiltration und eitriger Schmelzung des Corpus cavernosum penis. Dieses erscheint dann auf 2—3 cm nach rückwärts verdickt, callös, vielfach von Eitergängen durchwühlt, durch diese Verhältnisse, sowie durch einen auf $^1/_2$—1 Jahr sich erstreckenden Verlauf ein Carcinom vortäuschend.

Auf dem äusseren Integument des Penis, auf dem Hodensacke, sind die Schanker nicht selten; viel seltener an der Wurzel des Gliedes selbst und am Mons Veneris, originär, oder durch Autoinoculation entstanden. An letzteren Oertlichkeiten erreichen sie in der Regel eine beträchtliche Ausbreitung nach der Fläche und Tiefe, während sie über dem fettarmen Zellgewebe der Haut des Gliedes meist flach bleiben.

Je stärker die Entzündungs- und Eiterungserscheinungen (Virulenz, Phagedänismus) der Schanker ausgeprägt und je grösser die Zahl der letzteren ist, desto mehr Gelegenheit wird auch zu complicativer Schwellung und Entzündung der umgebenden Gewebe geboten. Diese Erscheinungen veranlassen nicht selten die den örtlichen Krankheitsverlauf nicht unwesentlich beeinflussenden complicirenden Zustände der Phimosis und Paraphimosis.

Phimosis.

§. 38. Bekanntlich ist die Vorhaut in der Weise gebildet, dass das äussere Integument des Penis bis zur Spitze der Glans oder etwas darüber hinwegstreichend hier zu einer Falte sich umschlägt, welche die innere Lamelle der Vorhaut darstellt, über die Glans zurückläuft und an den hinteren Rand des Sulcus coronarius sich befestigt, von da, an der Unterlage unbeweglich fest angelöthet, über die Kranzfurche und, die Glans überkleidend, endlich zur Harnröhrenschleimhaut sich umschlägt. Die äussere Lamelle der Vorhaut bildet demnach die directe Fortsetzung des Integumentum penis und ist, wie letzteres über dem Gliede, auch selber über dem innern Blatte leicht verschiebbar. An

der Umschlagsstelle jedoch, welche den vordern Rand des Präputiums bildet, sind beide Lamellen innig miteinander verkittet, so dass hier dieselben nicht auseinander gezogen werden können und dieser Rand demnach eine Art starren Ring bildet — Präputialring.

Man versteht nun unter Phimosis jenen Zustand, in welchem der Präputialring so eng ist, dass die grösste Circumferenz der Glans denselben nicht passiren kann; denn die Folge dieses Umstandes ist, dass der Ring nicht über die Eichel zurückgebracht werden kann.

Phimosis findet sich bekanntlich sehr häufig angeboren, entsteht aber jedesmal consecutiv bei sonst genug weitem Präputialring, wenn entweder durch ein Entzündungsinfiltrat dieser Ring selbst an Starrheit gewonnen, damit an Elasticität eingebüsst hat, oder wenn die Eichel durch Schwellung so an Umfang zugenommen hat, dass dieser für den Durchmesser des Präputialringes zu gross ist.

Beide Umstände treten in Folge von Schanker sehr häufig ein; der erstere bei Localisation der Schanker am Präputialrande, der letztere, wenn Schanker an der Eichel auf der innern Vorhautlamelle u. s. w. sitzen. Der infiltrirte Präputialrand krämpt sich hiebei in der Regel nach aussen faltig-runzlig, wie eine Krause, in deren Furchen man nicht selten ebenso viele Schanker vorfindet.

Die meiste Bedeutung für den Verlauf der Schanker hat die Phimosis, wenn die Geschwüre auf der Eichel, in der Furche oder auf der innern Lamelle sich befinden, weil das ansteckende Secret, am Abfluss verhindert, zu neuerlichen Ansteckungen, zu destructivem Umsichgreifen der Schanker, zu Perforation nach der Harnröhre, oder nach aussen Veranlassung gibt. Im Uebrigen heilen in der Regel auch trotz der Phimosis selbst die Schanker der innern Lamelle in der durchschnittlichen Zeit, allenfalls mit Zurückbleiben von stellenweisen Verwachsungen zwischen Präputium und Glans, oder mit Durchlöcherung des ersteren.

Paraphimosis.

§. 39. Unter Paraphimosis versteht man den Zustand, in welchem die über die Eichel zurückgeschobene Vorhaut mittels ihres Präputialringes den Penis einschnürt und wegen relativer Enge des ersteren nicht mehr über die Eichel nach vorne gebracht werden kann.

Man muss sich nicht vorstellen, dass beim Zurückschieben der Vorhaut diese etwa wie eine Manchette umgestülpt wird, so dass der Präputialrand gleichsam als freier Rand nach hinten gestülpt würde und dass man hinter diesen dann mit einem die Einschnürung lösenden Instrumente eindringen könnte. Das Zurückschieben der Vorhaut erfolgt vielmehr successive in der Weise, dass zuerst das Integumentum penis und dessen directe Fortsetzung, die äussere Lamelle des Präputiums, zurückgezogen wird. Dann erst folgt die innere Lamelle, so dass dann beide Lamellen in einer Flucht liegen. Nur die Stelle, wo der Präputialring sich befindet, bildet eine seichte Einkerbung in diesem gleichmässig fortlaufenden Niveau, weil an diesem Punkte die beiden Blätter eben nicht vollständig von einander abgezogen werden können.

Die Einschnürung ist demnach nicht die eines freien Randes, sondern einer gewissermassen in das Gewebe sich einbettenden Furche.

Die Folge dieser Einschnürung ist zunächst nebst Schmerz ödematöse Anschwellung, sowohl der Glans, als der innern Lamelle der Vorhaut. Diese letztere wird durch seröse Imbibition zu einem weiss schimmernden Wulste umgewandelt, der theils pelottenartig vorspringt, theils nach hinten über die Einschnürungsfurche sich hinwegwölbt, so dass man den Wulst nach hinten mit einem freien Rande zu sehen glaubt. Unter diesen kann man allerdings hinunterreichen, aber dieser schnürt nicht ein, sondern deckt vielmehr die Einschnürungsfurche. Binnen 10—20 Stunden entwickelt sich entzündliche Infiltration, Exsudation, die zurückgezogenen Präputiallamellen werden an das subcutane Bindegewebe und die fibröse Kapsel des Corpus cavernosum festgelöthet, während an der Einschnürungsfurche selbst Hämorrhagie und theilweise Gangrän eintritt. Durch die Gangrän wird allerdings die Einschnürung als solche, und demnach auch die Circulationsstörung behoben. Allein in Folge der genannten exsudativen Verlöthung der umgebenden Partie ist ein vollständiges Zurückbringen des Präputiums nachträglich meist nicht mehr möglich.

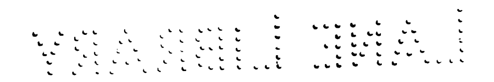
Weicher Schanker an den weiblichen Genitalien.

§. 40. An den weiblichen Geschlechtstheilen sind es besonders die beim Coitus mit dem Membrum virile zumeist in directe Berührung kommenden Partien des Scheideneinganges und der nächsten Umgebung, welche den Sitz des weichen Schankers abgeben, die Fossa navicularis, die untere Comissur, die Fimbrien, der untere und innere Theil der grossen Schamlippen.

An allen diesen Stellen zeigen die Schanker eine grosse Neigung zu Gangrän oder Phagedänismus, in welchem Falle sie tiefe Zerstörungen bewirken können. Doch verharren sie auch nicht selten sehr lange Zeit in mässiger Ausdehnung. Sie vermehren sich wegen der günstigen Gelegenheit zur Autoinoculation beträchtlich bis zu 15 bis 20, an der Clitoris und ihrer Vorhaut, an der inneren und äusseren Fläche der grossen und kleinen Labien.

An den grossen Labien stellen sie sich sehr häufig in Form von acneähnlichen, an ihrer Spitze in charakteristischer Weise schankerös exulcerirten, oder selbst noch Pustel tragenden Knoten vor. Auf der Schleimhaut der Scheide, der Portio vaginalis findet sich der Schanker sehr selten. Doch sind jene Gynäkologen im Irrthum, welche dieses Vorkommen beinahe ganz in Abrede stellen. Ich selbst habe in meinem illustrirten Werke über Syphilis auf Tafel IX, Fig. 4 und Tafel X, Fig. 1 zwei derartige sehr charakteristische Fälle abgebildet, welche innerhalb eines Zeitraumes von 3 Monaten mir vorgekommen sind [1].

[1]) E. Klink (Medicina 1877. Nr. 3—5. cit. Centralbl. f. Chir. 1877. Nr. 29), hat nach eigener Beobachtung und Berücksichtigung der französischen und deutschen Litteraturquellen das Verhältniss der Schanker der Scheidenschleimhaut und der Vaginalportion zu anders localisirten Schankern mit 8 : 332 angegeben, was vielleicht doch rücksichtlich eines grösseren Materiales etwas zu hoch gegriffen sein dürfte.



Weiche Schanker ausserhalb der Genitalien.

§. 41. In der nächsten Umgebung der Geschlechtstheile finden sich die Schanker sowohl primär, als wie noch viel häufiger in Folge Autoinoculation von Seite des diese Partien benetzenden Schankersecretes, am Mons Veneris, den Analfalten, von da selbst verschieden tief auf die Schleimhaut des Rectums übergreifend (abgesehen selbstverständlich von den Fällen der directen Ansteckung des Rectums beim Coitus praeternaturalis, oder von den Schankern ähnlichen, aber aus dem Zerfall von Papeln und Gumma hervorgegangenen Geschwüren).

Weiters finden sich die weichen Schanker nicht selten an der weiblichen Brustwarze (bei Ammen), auf der Lippe, der Zunge, höchst selten auf der Wangen- und Gaumenschleimhaut, auf der allgemeinen Decke der Wange, auf dem Kinn, dem Finger (bei Aerzten, Hebammen, Wärterinnen).

An allen den zuletzt genannten Oertlichkeiten acquirirt in der Regel der Schanker die Eigenschaften eines harten Geschwüres. Diese Erfahrung hat auch Ricord bestimmt, den im Bereich des Kopfes vorkommenden Schanker als Chancre „céphalique" und an und für sich dem Hunter'schen Schanker zu identificiren. Allein es ist sowohl durch die Experimente von Hübbenet (l. c.), Bassereau, Buzenet, Puche, Nadeau des Islet, Melchior Robert, (Lancereaux l. c. pag. 92), als durch die klinische Beobachtung constatirt, dass der weiche Schanker auch an den zuletzt genannten Oertlichkeiten vorkommen und als solcher verlaufen kann.

Diagnose des weichen Schankers.

§. 42. Wie die Erfahrung zeigt, werden im Grossen und Ganzen die weichen Schanker ganz richtig diagnosticirt. Allein wir dürfen uns nicht verhehlen, dass diese Diagnose nicht in dem Maasse auf einer naturwissenschaftlichen Basis beruht, als man nach der klinischen und physiologischen Specifität des Schankergeschwüres sollte voraussetzen dürfen.

Alle angeführten klinischen, pathogenetischen und functionellen Merkmale lassen uns sehr häufig im Stich und, sind wir gewissenhaft, so werden wir eingestehen müssen, dass wir nicht selten bei der Diagnose der Schanker uns mit Momenten behelfen, welche mit dem Wesen des Schankers gar nichts zu thun haben, so z. B. die Localisation, oder die ganz äusserlichsten Umstände, die Verhältnisse der betreffenden Person, Angaben der Anamnese u. dgl. Ein mit allen Charakteren ausgestattetes Geschwür an den Wangen, ad nates, am Finger, imponirt uns lange nicht so überzeugend als Schanker, wie ein klinisch gar nicht so markirter Substanzverlust, wofern derselbe nur an den Genitalien localisirt ist. Ein charakteristisches Geschwür an den Genitalien eines Kindes imponirt uns gar nicht so zweifellos als Schanker, wie ein sehr wenig prägnantes Geschwür an den Genitalien eines Erwachsenen, weil wir bei dem letzteren ohneweiters, beim ersteren nur schwer eine Infection voraussetzen.

Bedenkt man noch wie viel Schankerformen geschildertermassen gar nichts Specifisches in ihrem Aeussern darbieten, z. B. das Ulcus ambustiforme, welches einer z. B. durch Balanitis entstandenen Erosion täuschend ähnlich ist, so wird schon aus diesen wenigen Andeutungen die factische Schwierigkeit einer wissenschaftlichen Diagnose der Schanker einleuchten.

Ich will gleich hier auf ein Moment zu sprechen kommen, welches dem Theoretiker und Praktiker in gleicher Weise als so wesentliches Characteristicum des Schankers gilt, dass es dem weniger Geübten kaum begreiflich erscheinen mag, wie mit Rücksicht auf eine solche Eigenschaft eines Affectes überhaupt noch ein Zweifel über seine Natur aufkommen mag. Ich meine die absolute Contagiosität und Ueberimpfbarkeit des Schankers.

Man weiss, dass der weiche Schanker nahezu in unendlichen Generationen auf den Träger sowohl, wie auf jedes andere syphilitische, oder nicht syphilitische Individuum überimpfbar ist. Da von keinem anderen Geschwüre solches bekannt ist, so sollte man glauben, hätten wir in dieser Eigenschaft ein absolutes und untrügliches Kriterium für einen weichen Schanker. Doch dem ist nicht so. Zunächst gibt es einzelne Individuen, welche sich auch gegen einen virulenten Schanker refractär verhalten [1].

Wichtiger ist noch, dass es viele Formen von weichen Schankern und verschiedene Stadien derselben gibt, in welchen die künstliche Ueberimpfung eben nicht gelingt, z. B. von dem phagedänischen Schanker oder dem Ulcus ambustiforme, oder dem serpiginösen Schanker in seinen späteren Stadien.

Weiters, dass die experimentelle Ueberimpfung in der Praxis eben nicht durchführbar ist. Denn wenn wir sie auch auf der Schule Experientiae gratia bisweilen üben, so ist sie doch in der Praxis ein nicht zu entschuldigendes Unternehmen. Es kann dem Kranken insoferne schaden, als er durch die Ueberimpfung ein schlechteres Geschwür, mit schwereren Complicationen bekömmt, als das originäre und es hilft schliesslich weder ein negatives Resultat, weil ein solches überhaupt nichts beweist, noch ein positives, weil ja mit unserer Ueberzeugung, dass der Affect ein Schanker sei, für den Verlauf und die Behandlung und die Folgen bei dem Kranken gar nichts gewonnen ist.

Aber auch wissenschaftlich ist selbst ein positives Impfungsresultat nur von relativem Werthe. Ein zweifelloser Schanker kann zeitweilig ein negatives Resultat geben, wie dies auch experimentell nachgewiesen wurde, indem nach den Versuchen von Boeck, Bidenkap, Köbner, Pick es zweifellos ist, dass die Haftbarkeit des Schankereiters von seiner Menge und Concentration abhängt und ein nicht überimpfbarer Affect, nachdem derselbe durch künstliche Reizung zu stärkerer Secretion disponirt worden, einen haftbaren Eiter liefert und umgekehrt.

Es ist aber noch zu erwägen, dass für den Fall, als durch die Impfung eine Pustel oder ein Geschwür erzielt worden ist, bezüglich

[1]) Auzias Turenne, Malgaigne, Vidal de Cassis haben — Ricord's Behauptung von der absoluten Haftung des weichen Schankers widerlegend — Personen vorgestellt, bei denen die wiederholten Impfungen mittels Schankereiters fehlschlugen. Siehe über diesen Punkt noch Hübbenet: „Die Beobachtung und das Experiment in der Syphilis." Leipzig 1859. pag. 9.

dieses ja dieselbe Frage wieder wissenschaftlich zu beantworten wäre, ob eben dieses auch ein Schanker sei, so dass Frage und Antwort einen unendlichen Circulus darstellen müssten.

Dieser letztere Umstand ist um so mehr hervorzuheben und besonders den praktischen Aerzten vorzuhalten, als experimentell dargethan wurde, dass auch Eiter von nicht syphilitischen Affecten z. B. Eiter von Scabiespusteln (Pick, Reder) oder von Blennorhoe (Morgan) in Generationen fortimpfbare Pusteln veranlassten.

Nun haben diese Experimentatoren ein solches Resultat allerdings nur erhalten, wenn sie auf constitutionell-syphilitische Individuen geimpft hatten. Ich selbst aber habe mich wiederholt überzeugt, dass nicht specifischer Eiter, solcher von Acne- und Scabiespusteln nicht syphilitischer Individuen auf den Träger sowohl, wie auf andere nicht syphilitische Personen überimpft, Pusteln und Geschwüre hervorgebracht hat, deren Eiter in Generationen fortimpfbar war.

Man sieht also, dass der diagnostische Werth der experimentellen Impfung für den Schanker kein absoluter ist.

Obgleich demnach keineswegs verschwiegen werden darf, dass ein virulenter, stark eiternder Schanker einen im hohen Grade haftbaren, contagiösen Eiter liefert und fast ausnahmslos ein positives Impfungsresultat geben wird, so darf doch nicht übersehen werden, dass nicht ein jeder in Generationen impfbarer Eiter ein Schankereiter ist, und dass ein Affect, dessen Eiter sich als nicht überimpfbar erweist, darum nicht ein Schanker sein könne. Da wir aber de facto in der Regel den weichen Schanker gar nicht schlecht diagnosticiren, so müssen wir uns des Weges bewusst werden, welchen wir bei dieser Diagnostik einhalten. Wir werden dabei gewahr, dass wir unsere Diagnose auf alle möglicher Weise eruirbaren klinischen, histologischen, durch den Verlauf gegebenen und selbst anamnästischen Momente gründen, welche dem eben vorliegenden und als Schanker imponirenden Affecte entnommen werden können.

Differentialdiagnose des weichen Schankers.

§. 43. Die klinischen Merkmale der Beschaffenheit und des Verlaufes werden, wie jeder innerhalb einer grösseren Erfahrung sich überzeugen kann, unter allen Umständen die sicherste und rascheste Handhabe für die Diagnose geben. Darum wird auch das Erkennen der typisch ausgeprägten Fälle in der Regel keiner besonderen Schwierigkeit unterliegen. Anders verhält es sich bei in der Entstehung, oder bereits in der Rückbildung begriffenen Schankern, oder bei solchen, welche gerade die wesentlichsten Eigenschaften eines weichen Schankers, die der Destruction, des charakteristischen Aussehens des Randes und Grundes etc. nicht, oder nur in geringem Maasse darbieten, da sie überdies manchen nichtsyphilistischen Affectionen ähnlich sehen, von denen sie differenzirt werden müssen.

Als solche wären hervorzuheben: Herpes praeputialis s. progenitalis. Derselbe stellt auf der Vorhaut, dem Integumentum penis, der Haut der grossen und der kleinen Labien, eine aus wasserhellen, in Gruppen gestellten Bläschen bestehende acute Eruption vor. Man

weiss, dass viele Individuen öfters im Verlauf eines Jahres, wie Manche angeben z. B. nach jeder Irritation des Gliedes, etwa nach einem Coitus, Herpes praeputialis bekommen. Wenn die Bläschen schon entwickelt sind, dann ist selbstverständlich eine Verwechslung mit Schanker nicht möglich, da der letztere immer mit einer eiterhaltigen Efflorescenz, einer Pustel beginnt. Allein selbst wenn der Herpes constatirt ist, kann das Individuum nicht von der Möglichkeit einer Infection freigesprochen werden, sobald es festgestellt ist, dass dasselbe innerhalb eines entsprechend kurzen Zeitraumes von 1—3 Tagen, ja mit Bezug auf eine mögliche Induration sogar innerhalb 3 Wochen, einen Coitus mit einem sexuell nicht lauteren Individuum gehabt hat. Immerhin wäre pro momento die eben sichtbare Krankheit als Herpes zu erkennen. Wenn aber die Bläschen bereits eitrig trübe geworden, confluiren, oder ein bedeutendes Oedem, wie am Präputium und an den kleinen Labien öfters zu sehen, das Krankheitsbild trübt, oder wenn am Grunde der Bläschen Hämorrhagie stattgefunden, die Bläschendecken abgelöst worden und eine gelbliche, eitrige wunde Stelle vorliegt, dann ist es wohl nicht zu entscheiden, wofern überhaupt Gelegenheit zur Ansteckung gewesen ist, ob man es mit einem beginnenden Schanker, oder dem blossliegenden Rete Malpighii zu thun hat. Der erfahrene Arzt muss sich in einem solchen Falle reservirt verhalten, unter Hinweis auf die Gesetze des Krankheitsverlaufes und wird die Entscheidung von dem weiteren Gange der Erkrankung abhängig machen.

Im Allgemeinen wird es nicht unrichtig sein, wenn man eine confluirende Gruppe von Eiterbläschen, oder selbst eine dünne Borke, wenn deren Rand kleine, convexe, dem regelmässigen Contour einzelner Bläschen entsprechende Linien zeigt, auf Herpes bezieht.

Es versteht sich von selbst, dass im Falle des Herpes im Verlaufe von 10—14 Tagen Ueberhäutung stattfinden muss, ohne dass es überhaupt zu tieferem Substanzverlust kommt, und dass im Falle einer schankerösen Ansteckung sich ein charakteristisches Schankergeschwür entwickeln wird, oder eventuell sogar eine Sclerose.

Flache Schankergeschwüre, von denen wir berichtet haben, dass sie einen ausserordentlich lentescirenden Verlauf haben, ebenso das Ulcus serpiginosum können, wenn man nicht in der Lage war, ihre Anfangsentwicklung zu beobachten, mit Epithelialcarcinom verwechselt werden. Dieses letztere kommt gar nicht selten auf der Glans, dem Präputium, an der Harnröhrenmündung, an den weiblichen Labien, an der Mundlippe, an der Zunge, an der Brustwarze, lauter Prädilectionsstellen auch der Schanker, vor, bietet ebenfalls eine irisirende, mässig saniöse Flüssigkeit secernirende Wundfläche dar. Die dem Krebs im späteren Verlaufe sich bisweilen zugesellende Lymphadenitis und Lymphangoitis bildet keinen sichern Anhaltspunkt zur Differenzirung, weil Beides auch mit einem Schanker sich combiniren kann, und zwar bisweilen bei evidentem Schanker in viel auffallenderer Weise als bei erwiesenem Epitheliom. Auch die lange Dauer der Erkrankung ist nicht in allen Fällen entscheidend, da ja, wie erwähnt, auch ein Ulcus laeve, oder serpiginosum viele Monate, ausnahmsweise 1—2 Jahre bestehen kann.

Endlich ist nicht zu vergessen, dass die früher geschilderte ent-

zündliche oder vereiternde Cavernitis an und für sich ein dem Carcinom entsprechendes Bild vorstellen kann, und dass aus jeder lang andauernden und in der Granulation oft gestörten Wunde thatsächlich Epithelialcarcinom hervorgehen kann. In der That habe ich solches einige Male aus einem diphtheritischen oder serpiginösen Schanker hervorgehen sehen, ja selbst aus einem Bubonenschanker, welcher mit der Zeit in ein serpiginöses Geschwür sich verwandelt hatte. In einigen Fällen ist es uns gelungen, schon frühzeitig durch histologische Untersuchung ein für Schanker imponirendes Genitalgeschwür als Epithelialcarcinom zu diagnosticiren.

Ausserordentlich schwierig ist die Diagnose jener Schanker der weiblichen Labien, welche in Form von acne-ähnlichen Pusteln, oder aus diesen hervorgegangenen kraterförmigen, mit bedeutender entzündlicher Infiltration umgebenen, aus einem Follikel hervorgegangenen Geschwüre sich darstellen. Sie sind von einer Folliculitis insons manchmal erst nach langer Beobachtung zu differenziren, bisweilen selbst erst nach der Frist von Wochen, wenn, wie dies gar nicht selten zu beobachten, diese Follikulärknoten und Geschwüre sich zu nässenden Papeln, also einem Symptom der constitutionellen Syphilis umgewandelt haben.

Weiche Schanker an der Zunge und Mundlippe kommen nur selten vor, weil sie an diesen Gegenden gewöhnlich alsbald die Hunter'sche Induration acquiriren. Doch habe ich selbst in meinem illustrirten Syphiliswerk auf Tafel XII Fig 2 und 3 zwei solche Fälle abgebildet. Sie sind zwar wegen der weichen Beschaffenheit der umgebenden Gewebe und der bedeutenden ulcerösen Destruction nicht leicht mit Carcinom zu verwechseln, desto mehr aber mit solchen Geschwüren, die aus dem Zerfall eines syphilitischen Gumma hervorgegangen sind.

Weiche Schankergeschwüre der Analfalten, noch mehr solche von Körperregionen, die erfahrungsgemäss höchst selten und auf eine weniger begreifliche Weise der Sitz von Schanker zu sein pflegen, bieten erhebliche Schwierigkeiten in der Diagnose gegenüber von auf mechanischem Wege entstandenen geschwürigen Rissen z. B. nach Entbindungen, schwerer Defäcation, Excoriation u. s. f., so dass hier abermals wiederholt werden muss, wie sehr wir uns in der Diagnose des weichen Schankers in der Regel durch die Localisation des Uebels leiten lassen, wie sorgfältig unter allen Umständen alle Verhältnisse zur Diagnose zu Hilfe genommen werden müssen und dass endlich die Entscheidung bisweilen nur durch die Beobachtung des weiteren Verlaufes, speciell ob das Geschwür bei einer entsprechenden Behandlung sehr rasch in eine gesunde Wunde sich umwandelt, gewonnen werden kann.

Der harte Schanker.

(Hunter'scher Schanker, indurirter Schanker, Chancre dure, Chancre infectant, Induration, Sclerose, Érosion chancreuse, Chancre syphilitique.

§. 44. Es ist in dem geschichtlichen Theile erwähnt worden, dass bereits die ältesten Autoren von einer eigenthümlichen Härte mancher Genitalgeschwüre berichten, dass aber Hunter der Erste

gewesen ist, welcher der Induration eine pathognomonische Bedeutung, aber in dem ausschliesslichen Sinne beigelegt hat, dass nur solche Genitalgeschwüre, welche diese specifische Härte darbieten, als Schanker überhaupt anzusprechen wären, während alle diese Induration nicht darbietenden Genitalgeschwüre, eben wegen dieses Mangels, als überhaupt nicht zur Syphilis gehörige Affectionen zu betrachten seien. Und es ist weiter gezeigt worden, dass man seit Ricord den harten Schanker nur als eine zweite Art der Schankergeschwüre überhaupt neben dem weichen betrachtet hat.

Dass Ricord einerseits lange Jahre beide Schankerformen von einem und demselben Contagium herleitete; die Lyoner Schule (das ist die französischen Dualisten) beiden Schankerformen je ein besonderes Contagium zuschrieb, braucht hier nicht weiter berücksichtigt zu werden. Es ist nur hervorzuheben, dass beide Schulen den harten Schanker als Initialform und als wohl charakterisirtes klinisches Vorkommniss gelten lassen. Endlich ist dargelegt worden, dass die deutschen Dualisten allein von der Existenz eines harten Schankers überhaupt nichts wissen wollen und damit sich in offenen Gegensatz stellen zu tagtäglich constatirbaren klinischen Thatsachen. Sie können zwar nicht in Abrede stellen, dass es Initialaffecte gibt, welche dem längst bekannten klinischen Bilde des harten Schankers entsprechen. Allein sie zerlegen den Affect bekanntlich in zwei Theile, indem sie entweder zu einem bestehenden Geschwür (Schanker) den Knoten der Induration als etwas Zufälliges sich hinzugesellen lassen. Oder sie deuten das Geschwür nur als consecutive Zerfallserscheinung eines als Knoten ursprünglich entstandenen Gebildes, so dass in dem letzteren Falle überhaupt von einem Schanker nicht die Rede sein könnte.

Ich habe schon in den Kapiteln über den gegenwärtigen Stand der Syphilistheorien gezeigt, dass selbst die noch vor mehreren Jahren schroffsten Vertreter dieser Ansicht von ihrem Standpunkte so weit zurückgekommen sind, dass sie, wenn auch, wie sie sich ausdrücken, nur aus Opportunitätsgründen, doch factisch wieder den harten Schanker als klinisches Vorkommniss gelten lassen, so dass man sagen kann, dass trotz der vielfachen Divergenz der theoretischen Anschauungen, in der Darstellung der klinischen Thatsachen doch alle Lehrmeinungen heutzutage sich vereinigen.

Ich kann aber nicht verschweigen, dass die deutschen Dualisten, wie in manchen andern Punkten, so auch in Bezug auf die klinischen Merkmale des harten Schankers ihrer Theorie zu Liebe den Thatsachen einen unverkennbaren Zwang anthun. Weil es nicht gut thunlich ist, so oft als ein Schankergeschwür auf einer sclerosirten Basis sich befindet, den Zufall zu Hilfe zu rufen, demzufolge gleichzeitig zwei Contagien an einem und demselben Punkte der Haut eingeimpft worden seien, von denen das eine in acuter Entwicklung den Schanker, das andere nach einer Incubation von 2—3 Wochen die Sclerose erzeugt haben solle, — weil ein solcher Appell an den Zufall durch seine häufige Benützung an Glaubwürdigkeit und an überzeugender Kraft einbüssen muss —, so haben die Dualisten ein für alle Mal sich die merkwürdige Licentia poetica herausgenommen, ihr Kapitel über die harten Schanker gleich damit zu beginnen, dass sie sagen: An Stelle der Einimpfung des Syphilis-Giftes entsteht erst gar nichts, dann inner-

halb 14 Tagen bis 3 Wochen ein Knoten, die Sclerose; später kann dieser exulceriren, wodann man das Bild des harten Schankers vor sich habe und dies sei die regelmässige Entwicklungsweise des sogenannten harten Schankers.

Gegen diese Art der Darstellung muss man wohl Verwahrung einlegen, denn sie ist ganz unrichtig.

Wahr ist nur, dass wenn man künstliche Ueberimpfungen vornimmt, mit dem Secrete von nicht stark eiternden harten Schankern, oder mit Blut constitutionell syphilitischer, oder mit dem Secrete von constitutionell syphilitischen Symptomen z. B. von Papeln, an Ort und Stelle der Uebertragung erst nach einer Incubation von 1—3 Wochen ein Knötchen entsteht, welches später eventuell geschwürig werden kann. Allein diese Papel, die auch entsteht, wenn die zufällige Ansteckung von den genannten Quellen (Blut Syphilitischer, nässende Papeln) erfolgt, ist durchaus mit dem Scleroseknoten nicht zu identificiren, der histologisch und klinisch sich ganz anders verhält.

Jeder unbefangene und erfahrene Kliniker muss eingestehen, dass der regelmässige Entwicklungsgang des harten Schankers ein solcher ist, wie ihn Ricord ursprünglich beschrieben hat: dass zuerst ein weicher Schanker, ein mit allen Eigenschaften dieses Schankers ausgerüsteter Affect entsteht, und dass dieser Schanker sich erst in einen sogenannten harten Schanker durch allmälige Entwicklung der Induration umwandelt. Mag auch Jedem es überlassen bleiben, diese Umwandlung nach seinem Ermessen zu deuten, die Wahrheit der klinischen Beobachtung darf dem Einflusse von Theorien unter keinem Umstande weichen, eher umgekehrt.

Symptomatologie des harten Schankers.

§. 45. Man bezeichnet im Allgemeinen als harten Schanker ein die Charaktere eines Schankers darbietendes Geschwür, welches eine eigenthümliche, beinahe knorpelharte, demnach bei aller Derbheit etwas elastische, umgreifbare, einer unter das Geschwür gleichsam eingeschobenen harten Masse entsprechende Consistenz des Randes und Grundes darbietet.

Wie aus der weiteren Schilderung hervorgehen wird, passt diese Definition ebenso wenig auf alle Fälle von hartem Schanker, wie die früher gegebene Definition des weichen Schankers auf alle Formen des letzteren. Haben wir ja dort erwähnt, dass sogar Affecte, welche von der wesentlichsten Erscheinung der Destruction und Contagion fast nichts erkennen lassen, wie das Ulcus ambustiforme, dennoch als Schanker angesprochen werden müssen. So sind wir auch genöthigt den harten Schanker anzunehmen für Initialformen, welche in dem Stadium, in welchem sie eben zur Beobachtung kommen, gerade keine, oder nur geringe Erscheinungen einer Ulceration darbieten. Dies liegt in der Natur der Entwicklung und des Verlaufes des harten Schankers.

Entwicklung und Verlauf.

§. 46. Der Hunter'sche Schanker entwickelt sich gewöhnlich in folgender Weise. Ein charakteristisch weiches Geschwür hat bis in die zweite oder dritte Woche seinen typischen Verlauf genommen. Es ist kraterförmig, secernirt reichlich, hat mässig entzündliche Consistenz des Randes und Grundes u. s. f. Binnen wenigen Tagen ändert das Geschwür ohne nachweisbaren Einfluss seine Beschaffenheit. Ohne dass Granulationsbildung, also Reparation, eingetreten wäre, erscheint das Geschwür von heute auf morgen weniger entzündlich, flacher, secernirt weniger und eine mehr dünne viscide Flüssigkeit; der Grund hat sich gegen die Oberfläche gehoben, hat sein grubiges, arrodirtes Ansehen verloren, ist flacher geworden, indem gleichzeitig auch die Ränder ihre Unterminirung eingebüsst haben. Das Geschwür hat ein mehr flachschalen- oder muschelförmiges Ansehen. Es erscheint wie mit dem Hohlmeissel ausgegraben (à l'évidoir).

Die Geschwürsfläche bekommt ein blassrothes, irisirendes Ansehen. Das mässig dünne Secret, wenn zur Ueberimpfung auf dasselbe Individuum versucht, schlägt nicht an, und binnen wenigen Tagen verheilt der rasch sich verflachende Substanzverlust mittelst einer dünnen Narbe. Es kommt auf diese Art ein Schankergeschwür, welchem vermöge seines Umfanges ein 6—8 wöchentlicher Verlauf hätte prognosticirt werden müssen, im Verlauf von 6—8 Tagen während der 3.—4. Woche des Bestandes zur Heilung.

Man überzeugt sich leicht durch den zutastenden Finger, dass die geschilderte Umwandlung des weichen Schankers durch eine binnen wenigen Tagen zu Stande gekommene, beinahe knorpelharte Gewebsmasse verursacht worden ist, welche unter dem Grunde und Rande des Geschwürs sich entwickelt hat. Diese war es, welche den Geschwürsgrund so rasch in die Höhe hob, dass derselbe das Niveau der Umgebung nahezu erreichte.

Allein mit der vollendeten Vernarbung ist die Hautstelle keineswegs zur Norm zurückgekehrt. Es persistirt eben jene neugebildete Gewebsmasse als sowohl dem Auge wahrnehmbare, weil in der Regel etwas vorspringende, und noch deutlicher mittelst der Finger fühlbare Härte, die sogenannte Hunter'sche Induration, Schankersclerose oder kurzweg Sclerose der neueren Autoren. Sie präsentirt sich als eine im Allgemeinen rundliche, knopf- oder flachkuchenförmige, manchmal mehr platten- oder tellerähnliche, mit dem Finger allerseits umgreifbare Infiltration des Gewebes, welche an ihrer oberen Fläche mit der vor sie hergedrängten allgemeinen Decke fest verbunden, in ihrem in's Unterhautzellgewebe reichenden Antheil verschiebbar, sich wie ein eingeschobener Körper präsentirt.

Ihr Umfang ist in der Regel grösser als der des ursprünglichen Schankergeschwüres, welches, so lange es besteht, in dieser harten Masse gewissermassen ausgegraben erscheint. Ueber ihr ist die allgemeine Decke in der ersten Zeit glatt, blauroth, glänzend, im Centrum der Sclerose durch eine seichte, dem Geschwüre entsprechende narbige Depression ersetzt.

Im Uebrigen ist die Form der Sclerose sehr verschieden. Manchmal wie ein das Geschwür oder die Narbe umfassender Ring (Ulcus annulare), oder eine unter dem Geschwürsgrunde eingeschobene Kautschukplatte, oder selbst ein dünnes Kartenblatt (Chancre parcheminé), zumeist jedoch von der Gestalt einer entzweigeschnittenen Kastanie oder einer Bohne, im späteren Verlaufe manchmal wie eine unter die Haut eingeschobene kleinere Kugel.

Das nächstangrenzende Gewebe fühlt sich ödematös an, so dass erst der zufühlende Finger in der teigigen Geschwulst den sclerotischen Knoten wahrnimmt. Bisweilen springt die Sclerose als vom Grunde deutlich sich abhebender Knoten scharf hervor.

§. 47. Der Verlauf der Sclerose ist äusserst träge. Sie besteht viele Wochen und Monate, selbst bis zu einem Jahre. Während dieser Zeit kann dieselbe von der Oberfläche her wieder zerfallen und demnach wieder in ein Geschwür sich umwandeln. In diesem Falle kann sogar der neu producirte Eiter autoinoculabel werden.

Endlich gelangt dieselbe allmälig zur Resorption, wobei die überliegende Haut sich runzelt, das Oedem der Umgebung sich vermindert.

Zahl der Sclerosen und ihre Beziehung zu den verschiedenen Arten der weichen Schanker.

§. 48. Schon Ricord war es bekannt, dass der harte Schanker, im Gegensatz zu dem in der Regel multiplen weichen Schanker, zumeist in der Einzahl sich vorfindet, daher er denselben auch Chancre solitaire, Chancre unique nannte. In der That findet sich an einem Individuum in der Regel nur ein solcher Schanker.

Die ersten Anfänge der Induration bilden sich nämlich sehr häufig schon frühzeitig, im Verlaufe der ersten Woche. Man hat sogar schon am 3.—5. Tage nach der Infection den Beginn der Sclerose constatirt (v. Sigmund). Da aber mit der Induration auch die Secretion des Schankers eine Umwandlung in dem Sinne erfährt, dass sie wenig eiterhaltig, mehr viscös wird, so vermindert sich auch in demselben Verhältnisse die Haftungsfähigkeit des Secretes. Die Folge davon ist, dass der harte Schanker nicht durch Autoinoculation neue Schanker erzeugt und demnach zumeist in der Einzahl vorhanden ist. Immerhin finden sich auch mehrere harte Schanker oder Schankersclerosen zugleich vor, zu zweien, selbst in grösserer Zahl. Ricord hat in einem Falle 19 harte Schanker zugleich constatirt und unlängst (1880) haben wir an der Unterlippe eines und an dem Kinn eines anderen Mädchens je zwei distincte exulcerirte Sclerosen gesehen. Man weiss, dass der harte Schanker als solcher auf den Träger in der Regel nicht überimpft werden kann, sondern dass bei der Impfung von demselben der Träger entweder keinerlei Effect, oder höchstens einen weichen Schanker davonträgt, aber keineswegs eine Sclerose. Da überdies nach der Dualitätslehre die Sclerose bereits ein Product der constitutionellen Syphilis darstellen soll, so wäre das gleichzeitige Vorkommen von zwei oder mehreren Sclerosen nicht gut begreiflich. Die Dualisten erklären demnach ein solches Ereigniss mit der Annahme, dass schon bei der ur-

sprünglichen Ansteckung gleichzeitig an mehreren Stellen das syphilitische Gift eingeimpft worden sei, wodann an eben so vielen Stellen eine Sclerose entstehen könnte. Diese Erklärungsweise ist vollständig unbrauchbar gegenüber der Thatsache, dass nicht selten alle originär erworbenen weichen Schanker weich bleiben und erst ein später z. B. in der 2.—3. Woche durch Autoinoculation von diesen entstandener Schanker indurirt.

Das Verhältniss der Induration zu dem weichen Schanker gestaltet sich nämlich verschieden, z. B. es werden gleichzeitig mehrere weiche Schanker erworben. Von diesen indurirt irgend einer, während die anderen als weiche Schanker ihren Verlauf durchmachen und es kann dies einmal, wie gesagt, gerade ein solches Geschwür betreffen, welches der jüngsten, durch Autoinoculation entstandenen Generation angehört.

Dieses letztere Vorkommniss verträgt sich absolut nicht mit der Annahme zweier Contagien, mag nun dies als besonderes Schankercontagium der französischen, oder als vom Schanker differentes syphilitisches Contagium der deutschen Dualisten hingestellt werden [1]).

Sitz des harten Schankers.

§. 49. Da der harte Schanker, was ich entgegen der in den letzten Jahren üblichen Darstellungsweise, hier nochmals hervorhebe, de regula aus einem weichen Schanker hervorgeht, so kann er selbstverständlich an allen Körperstellen vorkommen, wie der weiche Schanker selber.

Man findet ihn demnach zumeist an den Genitalien. Doch scheint es, als wenn an gewissen Oertlichkeiten die Induration sich häufiger entwickeln würde und dass die seinerzeit von Ricord ausgesprochene Meinung nicht grundlos wäre, wonach die specielle Beschaffenheit des Gewebsbodens, in welchen der Syphilissame eingelagert worden, für das Zustandekommen der Sclerose von Bedeutung wäre.

An den männlichen Genitalien ist es zumeist das Präputium, besonders dessen freier Rand, nicht selten auch das äussere Integument, oder die Harnröhrenmündung, wo die Sclerose in einer der geschilderten Formen sich vorfindet, am Präputialring zumeist mit durch Monate andauernder Phimosis gepaart.

---

[1]) Wenn von einem indurirten Schanker durch Autoinoculation, oder künstliche Ueberimpfung ein weicher Schanker entsteht, wird dies nach der Dualitätslehre durch die Annahme eines gemischten Schankers oder einer Combination von Schanker und Syphilis erklärt. Sonach würde der Impfschanker ein Effect des unter allen Umständen übertragbaren Contagiums des weichen Schankers zu betrachten sein, während das Contagium der Induration und diese selbst eben nicht übertragbar wäre. In den angedeuteten Fällen jedoch, wo ein Schanker jüngster Generation verhärtet, während die originären weich bleiben, können die letzteren überhaupt nicht als gemischt bezeichnet werden, da ja an diesen nur Erscheinungen des weichen Schankers zu sehen sind. Es ist also gar nicht abzusehen, wie das supponirte Contagium der Sclerose von einer ursprünglichen Inoculationsstelle, ohne daselbst zu wirken, nach Tagen oder Wochen, auf eine andere Stelle übertragen werden und da erst seine Wirkung äussern sollte, abgesehen davon, dass die Autoinoculation der Sclerose gegen jede Dualitätslehre verstösst.

An den weiblichen Genitalien sind sowohl die grossen Labien, als der freie Rand der kleinen Schamlippen und das Praeputium clitoridis Sitz desselben. Die grosse Schamlippe erscheint durch die Sclerose gegenüber der normalen vorspringend, verbreitert, mit blauröthlicher, etwas glänzender Haut bedeckt, ödematös. Beim Zufühlen findet man einen harten Knoten in der Tiefe der ödematösen Masse und zumeist an der Innenfläche des Labiums eine kleine, narbige Depression als Residuum des vorausgegangenen Schankergeschwüres. An dem Rande der kleinen Lippen läuft die Induration bisweilen in einer krauseartigen dicken, braunrothen, glänzenden, sehr resistenten Krämpe nach beiden Seiten über die Clitoris hinweg. Sonst noch dürfte die Schleimhaut der Portio vaginalis am häufigsten die Induration darbieten (Fournier), während sie an der Scheidenschleimhaut selbst, oder in Raphe perinaei, an den Analfalten selten zu constatiren sein wird [1]).

Demnächst reibt die weibliche Brustwarze und der Bereich des Gesichtes und der Kopfregion überhaupt bezüglich des Betroffenseins von hartem Schanker. Die Brustwarze präsentirt sich verdickt und vergrössert, starr, mit einer linsen- bis kreuzergrossen, scharf begrenzten, flach vertieften, wenig secernirenden, bisweilen irisirenden, fein drusigen, oder mit einer gelbbraunen, dünnen Kruste bedeckten Geschwürsfläche, oder einer flachen Narbe, wobei ihre Consistenz in toto sehr hart ist.

Im Bereich des Gesichtes, wo nach Ricord's ursprünglicher, später widerlegter Ansicht, jeder Schanker verhärten sollte, findet sich das Hunter'sche Geschwür meist auf der Mundlippe. Diese zeigt unter solchen Umständen eine auf ein kleines Terrain beschränkte Vorwölbung und Verdickung. Nach aussen gestülpt, zeigt dieselbe entsprechend der Mitte der vorgewölbten Partie eine linsen- bis kreuzergrosse, scharfbegrenzte, rothe, flache, feindrusige, mit gelblichen Detritus belegte, oder braungelb inkrustirte, rissige Geschwürsfläche, deren Basis in markantem Grade derb elastisch sich anfühlt.

Am Kinn, an der Wange, selten an der Ohrmuschel, über dem Warzenfortsatz, auf dem behaarten Kopfe (einmal von mir gesehen), oder an den andern Körperstellen, z. B. am Finger, am Augenlide, an der Zunge präsentirt sich der harte Schanker vorwiegend als charakteristischer Indurationsknoten, bisweilen von Haselnuss- oder Kastaniengrösse mit blaurother Hautbedeckung und einer entweder ganz flachen, erosionartigen Ulceration oder einer kleinen Narbe [2]).

Diagnose des harten Schankers.

§. 50. Bei der Diagnose des harten Schankers handelt es sich nicht blos um die Constatirung eines Schankers als solchen, sondern

[1]) Siehe Statistik bei Fournier, Leçons sur la syphilis etc. pag. 67, 68, 69. Unter 249 Sclerosen der weiblichen Genitalien fand sich dieselbe 13mal an der Vaginalportion, 10mal an der Clitoris, 9mal am Introitus vaginae, 7mal in der Urethra, 1mal (?) an der Vaginalschleimhaut selbst. — Mraček fand unter 437 syph. Weibern bei 4,7 % Initialsclerose der Vaginalportion (Habilitationsschrift).

[2]) Ueber extra-genitale Schanker, siehe Fournier, l. c. und deux cas rares de chancre syphilitiques mammaires. L'union médical 1878. Deux cas de chancre syphilitique de la région du cou. 1877. (Sep. Abdr.). — Kaposi, l. c. Taf. XIII. und XIV. — Zeissl, l. c. und Beilage chrom.-lithogr. Taf. I u. II.

um die der Induration, denn die letztere bestimmt einerseits die Differenz des Affectes gegenüber dem weichen Schanker und andrerseits, wie wir sehen werden, die Grundlage für die ganz besondere Vorhersage bezüglich der späteren Folgen für den Organismus. Da überdies der geschwürige Charakter geschildertermassen sehr frühzeitig verloren geht, sobald die Induration zu Stande kommt, und nur die Sclerose als solche persistirt, so folgt aus allen diesen Umständen, dass die Diagnose des harten Schankers eigentlich mit der Feststellung der Sclerose zusammenfällt.

Es ist nun nicht zu verkennen, dass bei einiger Uebung und bei ihren prononcirten Charakteren die Schankersclerose im Allgemeinen nicht schwer zu erkennen sein wird, sobald sie massig genug, in typischer Form und Grösse entwickelt ist, an solchen Oertlichkeiten sich präsentirt, wo eben erfahrungsgemäss Schanker zumeist vorkommen, und namentlich, wenn man ihre Entwicklung aus einem exquisit ulcerösen Schanker zu beobachten Gelegenheit hatte.

Die Schwierigkeiten für die Diagnose der Sclerose sind aber nicht gering überall dort, wo dieselbe nur mässig entwickelt ist, oder an einer ungewöhnlichen Oertlichkeit sich befindet, z. B. auf der Wange, an einem Finger. Die Contagiosität ist nicht diagnostisch zu verwerthen, weil eine Ueberimpfung auf ein nicht syphilitisches Individuum selbstverständlich nicht gestattet ist und an dem Träger selbst, im besten Falle, wenn nämlich die Sclerose selbst noch mit einem eiternden Geschwür besetzt ist, oder künstlich zur Eiterung gebracht worden ist (Pick, Bidenkap), durch die Ueberimpfung ihres Secretes eben auf den Träger höchstens ein weicher Schanker entsteht, aber keine Induration.

Es ist überdies nicht zu übersehen, dass ein lentescirend verlaufender Furunkel der grossen Schamlippe, ein kleiner Anthrax der Mundlippe, ein indurirter Acneknoten der Regio pubica, ein der Pustula maligna entsprechender Infiltrationsknoten der Wange, wie ich im Sommer 1880 an zwei Damen beobachtet, ein infiltrirter Carcinomknoten [1]), kürzere oder längere Zeit hindurch für Schankersclerose imponiren kann und umgekehrt. Um einige Beispiele anzuführen, sei erwähnt, dass Hebra und ich bei einem im hohen Greisenalter stehenden Manne auf im bebarteten Theile der linken Wange durch mehrere Wochen einen über nussgrossen, sehr schmerzhaften, derben, an der Oberfläche flach exulcerirten Knoten wohl als das Product der Einimpfung von animalischem Gift ansahen (Pustula maligna) und in unserer Meinung später bekräftigt wurden durch abendliche Fiebererscheinungen und dazu getretenen Icterus, bis wir durch das plötzliche Auftreten von Roseola syphilitica über die besondere Gattung dieses animalischen Giftes aufgeklärt wurden, womit selbstverständlich die Grundlage für eine erfolgreiche Therapie gegeben war. Ebenso täuschend war je ein über kreuzergrosser, flacher, derber, nicht schmerzhafter, in der Mitte pfenniggross oberflächlich exulcerirter Knoten, den ich (1880, Juli) an einer Familienmutter unter dem rechten unteren Augenlide und bei einer Erzieherin auf der rechten Wange,

[1]) Ed. Geber, Differentialdiagnose zwischen Syphilis und Epithelialcarcinom. Wien. med. Presse 1871. pag. 4.

in der Höhe des Mundwinkels sah und die in beiden Fällen innerhalb acht Tagen ohne nachweisbare Ursache (vielleicht durch Insektenstich) entstanden und binnen drei Wochen verschwunden waren.

In einem andern Falle haben wir, mit grosser Sorgfalt die Verhältnisse erwägend, einen ebenso flach excoriirten, umgreifbaren Knoten des grossen Labiums consequent für eine Schankersclerose angesehen und erst durch den Misserfolg jeder antisyphilitischen Behandlung von der Carcinomnatur desselben uns überzeugt, welche Diagnose erst im Verlauf von 1 1/2 Jahren durch das allmälige Auftreten von heftigen, lancinirenden Schmerzen, Drüsenintumescenz der Leisten und alsbald erfolgende Cachexie und lethalen Ausgang bekräftigt wurde.

Knoten von Milbengängen am Präputium und Penis imponiren nicht selten für Sclerose.

An der Vaginalportion ist die Unterscheidung derselben gegenüber nichtsyphilitischen Erosionsgeschwüren mit harter Basis sehr schwierig.

Nun hat es ausserdem, wie schon einleitungsweise bemerkt worden, eine sehr grosse Bedeutung, den harten Schanker gegen den weichen abzugrenzen. Dies ist in den typischen Fällen allerdings gar nicht schwer, allein in vielen Fällen unmöglich.

Vor Allem darf ein weicher Schanker, auch ein durch Autoinoculation später entstandener, nicht vor Ende der 3. Woche seines Bestandes von der Möglichkeit des Indurirens freigesprochen werden, und am allerwenigsten innerhalb der ersten 8—14 Tage. Ja bisweilen verhärtet sogar erst die Narbe des schon verheilten weichen Schankers (Sigmund).

Es gibt weiter Sclerosen von so mässiger Entwicklung, dass dieselben von der gewöhnlichen entzündlichen Infiltration kaum unterschieden werden können. Ricord hat von diesen gemeint, man müsse die Induration sozusagen „in der Fingerspitze haben“, das heisst, dass das Urtheil über dieselbe im hohen Grade subjectiv ist.

Sehr sonderbar aber klingt es, wenn ein anderer Autor, Zeissl, sagt, dass es harte Schanker gibt, bei welchen die Induration dem geübtesten Tastsinne entgeht. Denn es scheint mir, dass ein Körper, der nicht mit dem geübtesten Tastsinne und mit keinem anderen Sinne wahrgenommen werden kann, auch gar nicht als solcher besteht. Und wenn Zeissl für solche Fälle dennoch eine Induration anzunehmen sich bemüssigt fühlt, so kann er sich hiezu nur nachträglich gezwungen fühlen, wenn nämlich auf einen solchen Schanker Allgemeinsyphilis folgt, und weil die Dualitätstheorie das Eintreten der constitutionellen Syphilis ohne vorhergegangene Induration als unmöglich ansieht. Mir scheint die Sache unter solchen Umständen einfacher so zu liegen, wie in früheren Zeiten dies allgemein gesagt wurde, dass ein so beschaffener Schanker ein weicher ist und dass, da nach demselben Syphilis folgt, die alte Lehre: Es kann auch nach einem weichen Schanker Syphilis auftreten, die richtige ist.

Anatomie des Schankers.

§. 51. Seitdem ich in meinem illustrirten Werke über Syphilis die makro- und mikroskopischen Verhältnisse beim weichen und harten Schanker eingehend erörtert habe [1]), sind neuerlich von Biesiadecki [2]), Caspary [3]), Auspitz und Unna [4]) Untersuchungen über dieselben veröffentlicht worden. Ich kann nach objectiver Würdigung der Letzteren nicht anders als mein auch von Caspary citirtes Urtheil aus dem Jahre 1873 über den differentialen Werth der bisherigen Funde bezüglich des weichen und harten Schankers auch heute noch vollends aufrecht halten und hier wiederholen: dass aus den histologischen Verhältnissen allein der specifische Charakter der Sclerose bisher nicht erschlossen und der klinisch so markirte Unterschied zwischen dem weichen Schanker einerseits und der typischen Sclerose andererseits nicht erklärt werden kann.

Indem ich bezüglich aller histologischen Details auf meine citirte frühere Publication, so wie auf die erwähnten Arbeiten anderer Autoren verweise, beschränke ich mich hier auf die Anführung der wesentlichsten Verhältnisse.

Anatomie des weichen Schankers.

§. 52. Bei dem typischen weichen Schanker finden sich zunächst die Erscheinungen, wie sie einem Geschwüre überhaupt zukommen [5]).

Der geschwürige Theil stellt einen verschieden tiefen und unebenen Substanzverlust des Coriums dar. Das Gewebe im Grunde des Geschwüres und seiner Ränder ist in den obersten Schichten von Eiter durchtränkt und in Zerfall begriffen.

Auf einem Verticalschnitte zeigt sich bei mikroskopischer Untersuchung dichte Zelleninfiltration des Coriums, welche tief in das letztere hineinreicht und nach der Tiefe sich ziemlich scharf begrenzt absetzt. Seitlich greift dieselbe weit über die Grenze des Geschwürszerfalls hinaus unter und in die an der Oberfläche unversehrten Papillen der Geschwürsnachbarschaft. Das der zellig infiltrirten Partie angrenzende Gewebe ist weitmaschig (ödematös), mit nur wenigen eingestreuten Zellen versehen.

Der dicht infiltrirte Theil besteht aus einem theils engeren, theils weiten, von breiten, zart- und blasscontourirten Balken zusammengesetzten Maschenwerke. In dieses sind theils grosse, den Lymphkörper-

---

1) cit. op. 1. Lief. pag. 42 und 53.

2) Untersuchungen aus dem pathol. Institute zu Krakau. Wien 1872 (war während der Drucklegung der 1. Lief. meines oben cit. Werkes noch nicht erschienen).

3) Vierteljahrschr. f. Dermatologie und Syphilis. 1876. 1. H. pag. 45.

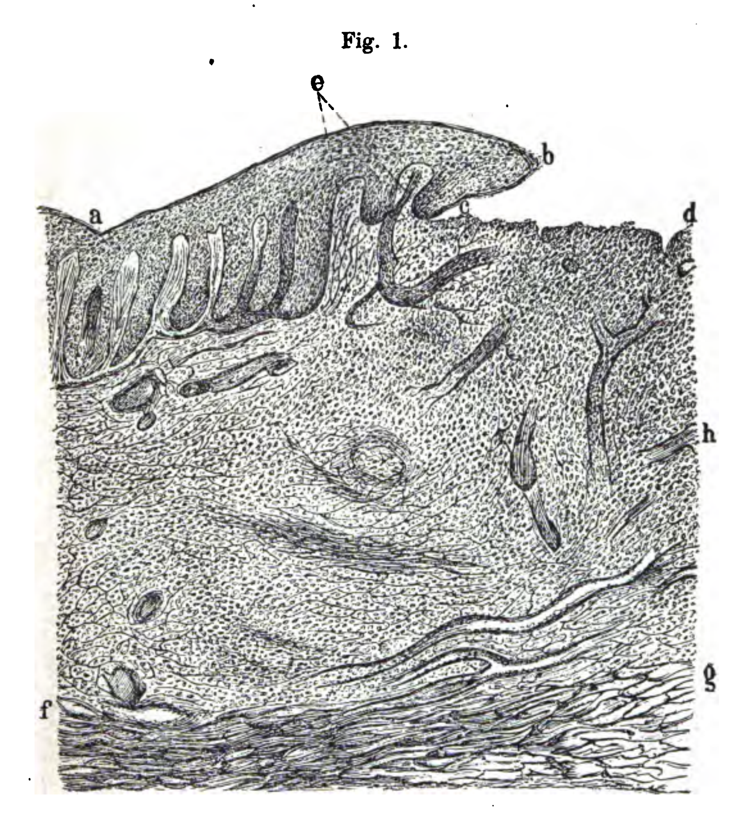
4) Ibid. 1877. pag. 161.

5) Hebra-Kaposi's Lehrb. der Hautkrankheiten. 2. Thl. pag. 488.

chen ähnliche, theils kleinere, kernhaltige Zellen in grosser Menge gleichmässig dicht eingelagert. Sie färben sich gut in Carmin.

Die auf der Geschwürsfläche und in der an diese zunächst grenzenden Gewebsschichte (pyogene Schichte) gelagerten Zellen sind klein, unregelmässig geformt, von Körnchen reich durchsetzt, mit undeutlicherem, in Carmin sich schwach färbendem Kern versehen.

Fig. 1.



Durchschnitt des weichen Schankers. (Vergr. Hartnack. Oc. 3. Obj. 4.)

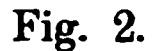
a b wallartig vorspringender Geschwürsrand; *c d* Geschwürsgrund; *b e* unterminirter Rand; *a d, f g* zelleninfiltrirtes Corium; *e* verbreiterte und zelleninfiltrirte Papillen.

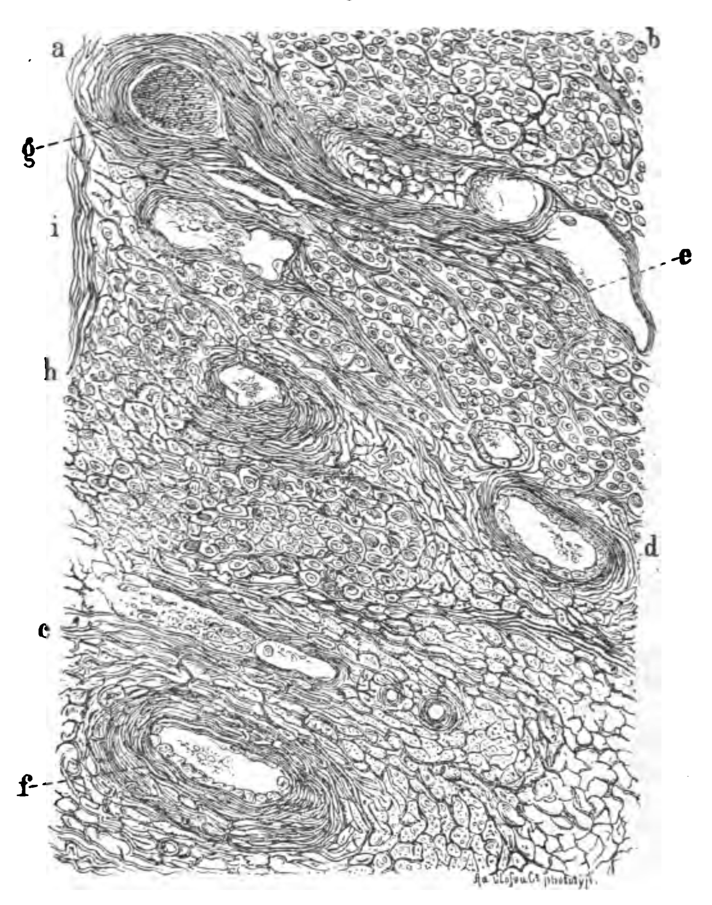
Die Gefässwandungen sind auffallend verdickt durch Zellenwucherung und Maschenbildung, die Lumina der Gefässe selbst erweitert.

Ueber den erhaltenen, der Coriuminfiltration entsprechenden Papillen ist das Rete zum Theile verbreitert, wuchernd, zum Theile zwischen den verbreiterten und infiltrirten Papillen verschmächtigt. Nahe den Geschwürsrändern ist auch das Epithel körnigtrübe, in Zerfall begriffen.

Man hat also im Grossen und Ganzen das Bild einer intensiven, ziemlich scharf umschriebenen entzündlichen Infiltration des Coriums

mit geschwürigem Zerfall seiner oberen Schichten vor sich. Niemals findet interstitielle Schmelzung und Abscedirung des Gewebes statt.


Fig. 2.



Durchschnitt des weichen Schankers. (Vergr. Hartnack. Oc. 3. Obj. 7.)

a b c d tiefste Partie der Schankerbasis; *e g, d, f, h* erweiterte Blutgefässe: bei *e, d, f, h* wuchernde und verbreiterte Adventitia; *i* u. *c* wahrscheinlich Lymphgefässe.

Stets geht der geschwürige Zerfall von der Oberfläche nach der Tiefe vor.

Anatomie des harten Schankers.

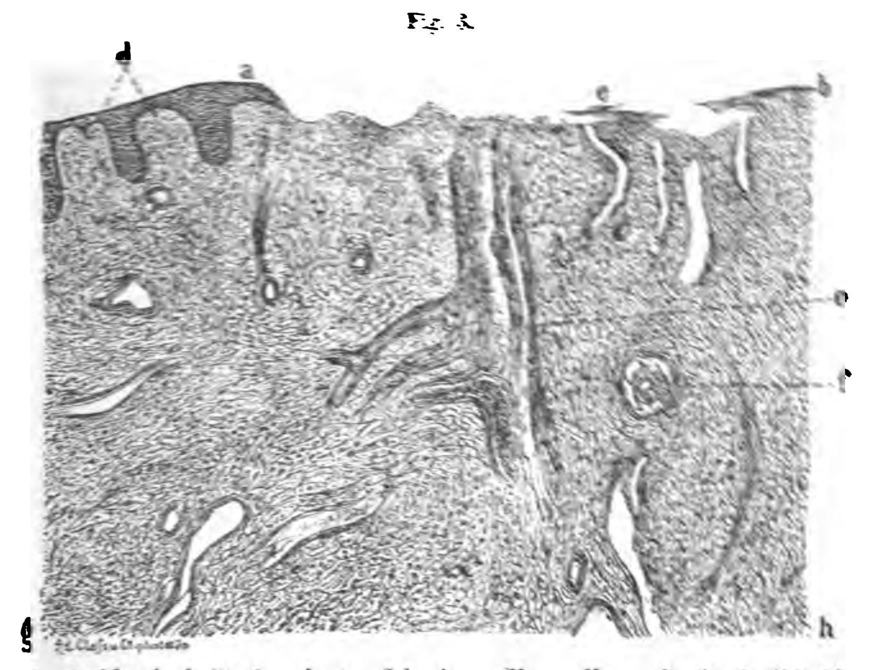
§. 53. Die anatomischen Verhältnisse des harten Schankers variiren, wenigstens in den oberen Schichten des betroffenen Coriums und in der entsprechenden Malpigh'schen Lage, ziemlich bedeutend, je nachdem man eine mehr frische, oder schon alte, oder in Rückbildung begriffene Sclerose, einen Hunter'schen Knoten mit tiefer, primärer Ulceration, oder mit flacher, consecutiver Verschwärung, oder

eine Induration mit [illegible] Epidermisdecke und [illegible] verschiedener [illegible] und [illegible] der Entwicklung der Untersuchung [illegible] hat.

Auf der Verschiedenheit der [illegible] Umstände beruht im Wesentlichen die Differenz in der die [illegible] Verhältnisse des harten Schankers [illegible] Angaben der früher genannten neueren Autoren. [illegible] dieselben [illegible] einander [illegible] und die abweichenden Details sind eher Ergänzungen früherer Schilderungen, auch der meinigen, als Widersprüche.

Hat man einen typischen harten Schanker, d. h. ein charakteristisches Schankergeschwür, das auf einer typischen, wohlausgeprägten

Fig. 3.



Verticaldurchschnitt eines harten Schankers. (Vergr. Hartnack. Oc. 3. Obj. 4.)

ab geschwürige Oberfläche; *ab*, *gh* die Masse der Sclerose, ein gleichmässig dichtes Zelleninfiltrat zeigend, ebenso wie die verbreiterten Papillen *d*. Ueber diesen die verschmächtigte Epidermis, welche bei *a* gegen die Geschwürsfläche allmälig abfällt. Bei *c* u. *b* Reste von Epidermis über nur an den aufsteigenden Gefässen erkennbaren, sonst in der Zellenproliferation aufgegangenen Papillen. Blutgefässe bei *e* u. *f*, ersteres längs-, letzteres quer getroffen mit verengtem Lumen und verdickter Adventitia.

Induration aufsitzt, zur Untersuchung genommen, dann zeigen sich die anatomischen Verhältnisse, so wie ich sie auf pag. 53 meines illustrirten Syphiliswerkes beschrieben und l. c. Fig. 3 und 4 abgebildet habe.

Auf dem Durchschnitte erscheint der sclerotische Theil blassroth, blutarm, gleichmässig dicht, auf der Schnittfläche glatt und vorspringend, von derb-elastischer Consistenz.

Bei der mikroskopischen Prüfung in Verticalschnitten erscheint der Papillarkörper, soweit er erhalten, sowie das Corium in seiner ganzen Tiefe, bis in's Unterhautzellgewebe, gleichmässig und dicht von Zellen infiltrirt.

Die Zelleninfiltration begrenzt sich seitlich und in der Tiefe ziemlich scharf, und ist peripher von einem grossmaschigen (ödematösen) Fasergewebe umgeben, in welchem nur unregelmässig eingestreute, je einen grossen, stark lichtbrechenden Kern enthaltende Zellen sich vorfinden.

Die Infiltrationszellen der Sclerose erscheinen bei stärkerer Vergrösserung betrachtet den Granulationszellen an Grösse entsprechend, im Ganzen jedoch etwas kleiner, mit einem bis zwei Kernen versehen, mit feinpunktirtem, den eingeschlossenen Kern deutlich überragendem Protoplasmakörper. Die Zellen sind in ein Netzwerk von engen Maschen eingelagert, deren Begrenzungswände schmal und ziemlich scharf contourirt hervortreten.

Entsprechend der Geschwürsoberfläche liegt das Netzwerk und dessen Zelleneinlagerung in unregelmässigen Contouren frei zu Tage. Hier wie in den der Oberfläche zunächst gelegenen Partien sind den Zellen von der oben beschriebenen Beschaffenheit viele isolirte Kerne, kleine, geschrumpfte, grössere mit körnigen Elementen gefüllte Zellen, freie Körnchen beigemengt.

Die Papillen sind peripher von dem Geschwüre erhalten, aber verbreitert, nach oben kolbig abgerundet, von den aus dem Corium in dieselben sich fortsetzenden Zellen infiltrirt. Das Rete zwischen ihnen verschmächtigt, besonders aber über denselben zu einer dünnen Schichte von den Hornzellen ähnlichen Elementen geworden.

Ueber einzelnen erhaltenen und infiltrirten Papillen ist das Rete verbreitert, von wenigen Wanderzellen durchsetzt, Erscheinungen der Proliferation zeigend.

An einzelnen Stellen der Geschwürsfläche sind inselförmige Reste von Epidermis und Rete vorhanden, die flach auf dem infiltrirten Corium auflagern. An noch anderen sind Reste der Retezapfen und damit Andeutungen von Papillen zu sehen, die Grenze zwischen beiden jedoch wie verschwommen. Stellenweise deuten noch einzelne bis unmittelbar unter eine Epidermisinsel in paralleler Anordnung aufsteigende Gefässschlingen die ehemaligen Papillen an.

Innerhalb der zellig infiltrirten Partie finden sich nur spärlich Blutgefässe. Diese zeichnen sich durch bedeutende Verdickung ihrer Wände, neben einer auffälligen Verengung ihres Lumens aus.

In Anbetracht des markanten klinischen Charakters der Schanker-Sclerose war seit Ricord das Hauptaugenmerk der anatomischen Untersuchungen auf diese gerichtet und suchte man den jeweiligen Befund auf dieselbe zu beziehen.

So haben Robin und Marchal [1]) das Wesen der Sclerose in der Einlagerung von „fibro-plastischen“ Kernen und Kernkörperchen in das Gewebe und einer amorphen Zwischensubstanz gesehen, welche in demselben Maasse reichlicher ist, je mehr transparent die Induration.

Ricord würdigte zwar den obigen histologischen Befund von Robin-Marchal, wiederholte jedoch nebenher auch die schon früher geäusserte Ansicht, dass die Induration aus einem Ergusse von

---

[1]) Mémoire présenté à l'académie des sciences, 2. Nov. 1846, und Fournier, l. c. pag. 131.

plastischer Lymphe in die Lymphgefässe, und das die letzteren umgebende Gewebe sich herausbilde [1]).

v. Bärensprung [2]) fand in dem „auf dem Durchschnitte blassröthlich, anscheinend ganz homogen, speckig" aussehenden Gewebe der Induration „mehr oder weniger zahlreiche Kerne (Bindegewebskörper) in einer formlosen Zwischensubstanz." v. Bärensprung meint ferner, dass man die Schankerinduration nicht als ein blos entzündliches Exsudat aufzufassen habe, aber eben so wenig den eigentlichen Neoplasmen zurechnen dürfe, da sie „noch einer Rückbildung und Resorption fähig ist; sie ist eben ein aus specifischer Ursache hervorgehendes, von vorn herein festes Krankheitsproduct, welches bis zu einem gewissen Grade einer Organisation fähig ist, dann aber an seiner Oberfläche körnig zerfällt."

Michaëlis [3]) stellt die Induration als einen fibrösen Callus, eine Bindegewebsneubildung, dar, welche an der Grenze des dem Schanker zu Grunde liegenden Exsudates eine das letztere umfassende, von ihm so genannte Resorptionskapsel bildet.

Im Wesentlichen übereinstimmend fanden Buhl [4]), Auspitz [5]), Virchow [6]) und v. Biesiadecki [7]) beim harten Schanker eine gleichmässige und dichte Zelleninfiltration des Papillarkörpers und Coriums, ohne für dieselbe gegenüber anderweitigen, entzündlichen oder neoplastischen Zelleninfiltrationen der Lederhaut besondere Kennzeichen angeben zu können.

Neuerlich haben v. Biesiadecki [8]), Caspary [9]) und Auspitz-Unna [10]) eine bedeutende Erweiterung der im Bereiche der Schanker-Sclerose befindlichen Lymphgefässe, eventuell Hypertrophie ihrer Wandung; ferner theils, wie schon Verson im Jahre 1869 [11]) angegeben, die Entwicklung jungen, embryonalen, theils Sclerosirung, Hypertrophie und Starrerwerden des alten und des neugebildeten fibrillären Gewebes innerhalb der Sclerose hervorgehoben; endlich auch der Proliferation des Rete Malpighi über der Sclerose eine besondere Rolle zugeschrieben (Auspitz-Unna).

So werthvoll diese Arbeiten bezüglich des histologischen Details sind, so wenig scheinen, nach meinem Urtheile, ihre bisherigen Resultate doch geeignet, den specifischen klinischen Charakter der Schanker-Sclerose zu erklären.

Zelleninfiltration der Lederhaut und der Papillen, Proliferation und Zerfall des Rete und zum Theile des infiltrirten Coriums ist dem

---

[1]) l. c. pag. 130.

[2]) Charité-Annalen. IX. Bd. 1. Heft. 1860. pag. 139.

[3]) Compendium der Lehre von der Syphilis. Wien 1859. pag. 52.

[4]) Cit. von Lindwurm, Würzb. med. Zeitschr. 1862.

[5]) „Ueber die Zelleninfiltrationen der Lederhaut bei Lupus, Syphilis und Scrophulose". Wien. med. Jahrb. 1864. pag. 20.

[6]) Virchow, „Ueber die Natur der constitutionell-syphilitischen Affectionen". Berlin 1859. pag. 108. „Die krankhaften Geschwülste". II. Bd. pag. 393. Berlin 1864—1865.

[7]) „Beiträge zur physiol. und pathol. Anatomie der Haut". Sitzungsbericht der k. Ak. d. W. II. Abth. Junih. 1867. Sep.-Abdr. pag. 9.

[8]) „Untersuchungen aus dem pathol. Institute zu Krakau". Wien 1872.

[9]) Virchow's Archiv. Bd. 45.

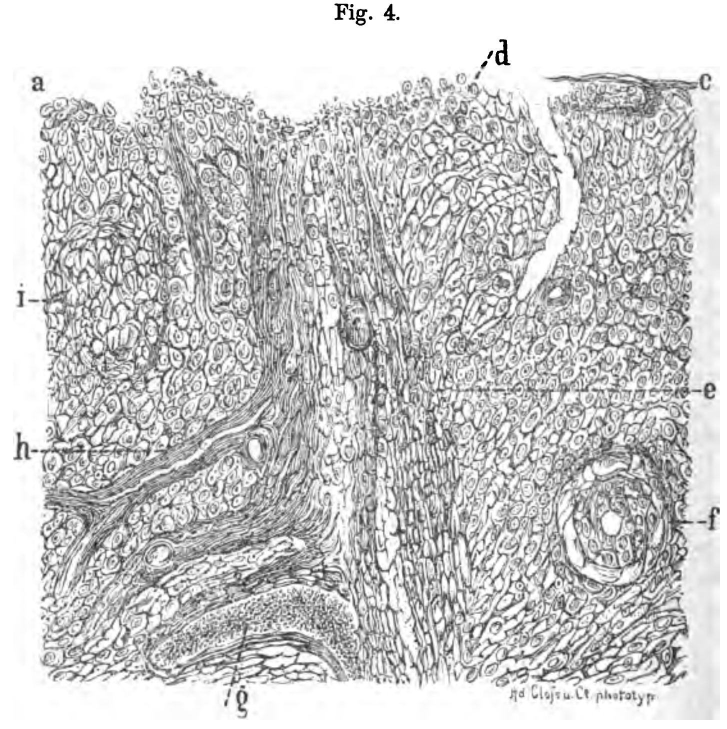
[10]) l. c.

[11]) Virchow's Archiv. Bd. 45.

weichen und dem harten Schanker gemein. Das Gleiche gilt für die Hypertrophie der Gefässwandungen, wie ich schon 1873 gezeigt, und für die Verengerung das Gefässlumina, welche Biesiadecki und ich schon in frühen Stadien der Sclerose gesehen, Caspary, Auspitz und Unna erst für den späteren Verlauf bestätigten.

Da immer wieder das Räthsel der Indurationsbedingungen es ist, dessen Lösung angestrebt wird, so haben auch die erwähnten neueren Autoren ihre histologischen Funde in dieser Richtung zu verwerthen sich bemüht. Biesiadecki meint, die Härte rühre von einer Trockenheit des Gewebes her und an dieser sei die Verengerung der in ihrer

Fig. 4.



Partie mitten aus der Sclerose. (Vergr. Hartnack. Oc. 3. Obj. 7.)

a d Zellen des Infiltrates; *i* enges Netzwerk; *e* längs-, *f* quergetroffenes Gefäss. Die Adventitia verbreitet, theils ein enges Zellennetzwerk darstellend, theils bei *h* dichtfaserig. Lumen bei *f* u. *h* besonders enge. Bei *g* Blutgerinnsel im Gefässlumen.

Adventitia verdickten Gefässe Schuld. Dagegen machen Auspitz und Unna geltend, dass ja die Lymphgefässe auch von B. erweitert angegeben seien und dass sie selbst anfangs wenigstens die Gefässverengung nicht gefunden haben. Caspary möchte sogar die Gefässverengung als einen Folgezustand der Bindegewebssclerose, und nicht als Ursache der letzteren ansehen. Derselbe möchte in der Bildung von anfangs embryonalem, später dicht werdendem Bindegewebe, nebst klaffenden Lymphspalten zu Beginn und verengten Blutgefässen im späteren Verlaufe, den durchgreifenden Charakterunterschied der Sclerose gegenüber dem Ulcus molle finden. Und Auspitz-Unna sehen in

ähnlichem Sinne und als Ursache der Sclerose eine wahre Hypertrophie und Sclerosirung der fibrillären Grundmasse der Lederhaut im Bereiche des Krankheitsherdes, sowie Bindegewebsneubildung an, welche in typischen Fällen als starre, den Blutgefässen zunächst folgende Faserzüge sich präsentirt.

Unna fasst noch die Resultate seiner letzten Untersuchungen in folgender Weise zusammen: 1) Der fibrilläre Bestandtheil der Cutis, welcher durch seine Hypertrophie die Härte der syphilitischen Initialsclerose bedingt, besteht aus reinem Collagen (aus mit Trypsin behandelten Präparaten erschlossen). 2) Ein sclerotisches Gefässpacket entsteht durch die fibrilläre Hypertrophie der Bindegewebsbündel der Adventitien an den einzelnen Gefässen unter Schwund der Lymphspalten derselben (durch Rundzelleninfiltration mehr oder minder complicirt) und die identische Veränderung des die Gefässe zunächst umschliessenden Bindegewebes.

Endarteriitis, Endothel- und Intimawucherung fand Unna nur stellenweise und nur an den grösseren Gefässen. Die Verengerung und der Verschluss der Gefässe wird von der Adventitiawucherung aus in concentrischer Weise bewirkt.

Nun aber geben auch die genannten neuesten Untersucher des Gegenstandes Auspitz und Unna zu, dass auch beim weichen Geschwüre Andeutungen von solcher Bindegewebsneubildung vorhanden sind und dass die Anfänge beider Schankerarten nach ihren mikroskopischen Verhältnissen gar nicht aus einander zu halten sind, was um so wichtiger, als sonst diese Autoren logischerweise den harten Schanker als vollkommen different vom weichen und sich selbst als Dualisten erklären müssten.

Mir scheint nach alledem die Sache so zu liegen, wie ich [1]) im Jahre 1873 gesagt.

Wir haben es beim weichen, wie beim harten Schanker mit einer — allerdings der Ursache und dem Verlaufe nach specifischen — Entzündung des Coriums zu thun. Die entzündliche Zelleninfiltration bezeichnet das beiden Schankern gemeinschaftliche Frühstadium. Von da an kann der Verlauf histologisch und klinisch sich zweifach gestalten. Einmal findet unter Proliferation des Epithels, Schmelzung, Zerfall im Infiltrationsherde statt. Dann haben wir das weiche Geschwür. Oder das Zelleninfiltrat geht, wie bei anderen Entzündungen, zum Theil etwa in Zerfall über, zum grossen Theile aber in Bindegewebe neuer Bildung. Dann haben wir die Sclerose mit und ohne Oberflächenverschwärung. Ich billige demnach ganz die Schlussworte Auspitz-Unna's [2]): Die Befunde an älteren Sclerosen haben uns somit gelehrt, dass den Prozess, nachdem er seinen Höhepunkt erreicht hat, in der Weise abläuft, dass die Zelleninfiltration nach und nach einer Neubildung faserigen Bindegewebes Platz macht, welches den Typus normalen, nur dicht angeordneten Bindegewebes trägt und sich daher wesentlich von jenen starren, unnachgiebigen, groben, nicht gewellten Bündeln unterscheidet, welche auf der Höhe der Entwicklung der Sclerosen deren Grundgewebe gebildet.

[1]) l. c. pag. 85.
[2]) l. c. pag. 185.

Aber worin eben jenes Starrsein in der auf ihrer Akme befindlichen Sclerose besteht und woher sie bedingt ist, dies ist eben nicht erklärt. Was wir vor uns entstehen und ablaufen sehen, ist doch nur Entzündung mit ihren bekannten Erscheinungen.

Eine chemische Specifität muss diese Neubildung wohl acquiriren, da die Sclerose entgegen allen aus acuter Entzündung hervorgegangenen Bindegewebsformationen einerseits ohne Tendenz zur Schmelzung monatelang persistirt, und andererseits doch wieder regelmässig nach entsprechender Frist zum Schwund gelangt.

Nach alledem scheint es mir vom histologischen Standpunkte nur gestattet, in der Intensität und Raschheit der Zelleninfiltration und in der Art ihrer Rückbildung, ob Eiterung und Resorption, oder vorläufige Organisation stattfindet, kurz im Verlaufe nicht aber im Wesen, den harten Schanker vom weichen als verschieden anzusehen. Und es scheint hier angezeigt, der zutreffenden und oft citirten Worte Virchow's zu gedenken: „Gerade bei der Syphilis zeigt es sich sehr deutlich, dass das morphologische Product keinen absoluten Werth hat. Nur durch seine Entwicklung und Rückbildung, durch seine Geschichte, durch sein Leben bekommt es seine Bedeutung [1]."

Ich mache noch speciell darauf aufmerksam, dass nebst der eigenthümlichen Härte auch andere specifische Erscheinungen der Sclerose durch all' die bisherigen histologischen Arten theils gar nicht, theils nur nach der auch für nicht specifische Prozesse geltenden Norm erklärt werden können.

Vor Allem die Thatsache, dass noch unter dem Bestande des Zelleninfiltrates die Ueberhäutung so rasch zu Stande kömmt, gleichviel ob ein eben erst in intensiver Eiterung begriffener weicher Schanker verhärtet, oder eine bereits entwickelte Sclerose neuerdings auf die geschilderte Weise geschwürig zerfallen war. Ferner die Eigenthümlichkeit, dass die Sclerose durch viele Monate in einer gewissen Stabilität sich erhält und schliesslich jedesmal zur Resorption gelangt.

Endlich möchte ich die Aufmerksamkeit noch auf die häufigen Fälle von Schankern lenken, in denen die Härte selbst wiederholt zu- und abnimmt und das Urtheil der erfahrensten Aerzte über den Typus des Geschwüres schwankt.

Wie gegenüber dem weichen Schanker, so kann der harte Schanker auch gegen die später zu besprechenden Krankheitsproducte der Allgemeinsyphilis, Papeln und Gumma, nicht durch histologische Merkmale, sondern nur durch den klinischen Charakter und Verlauf abgegrenzt werden.

Babington, v. Bärensprung (l. c.) und E. Wagner (Arch. der Heilk. 1863. IV. pag. 1) haben zwar die Induration als erste Manifestation der bereits vollzogenen Allgemeininfection erklärt, und demgemäss die Sclerose mit den Productionen der Allgemeinsyphilis identisch betrachtet. Aber insoferne sie hierbei nicht von theoretischen Betrachtungen allein, sondern von histologischen Thatsachen geleitet wurden, ist ihr Versuch längst als misslungen erkannt und von v. Bärensprung selber aufgegeben worden.

---

[1]) „Ueber die Natur der constitutionell-syphilitischen Affectionen". Berlin 1859. pag. 108.

Virchow dagegen hat eben auf die Unmöglichkeit der histologischen Unterscheidung das Gumma der Spätperiode mit der Initialsclerose identificirt, während jetzt wieder Unna durch das verschiedene histologische Verhalten beide aus einander halten will. Thatsache ist, dass klinisch die Sclerose niemals mit dem Gumma, oder, wie Bäumler sogar will, mit der Papel gleichgestellt werden darf. — Hier kommt Virchow's Wort von der differenten „Geschichte des Prozesses“ zur vollen Geltung!

Die Papel (Papula).

§. 54. Neben den verschiedenen Schankerformen, den weichen und harten, muss auch noch die Papel — Papula syphilitica — als idiopathischer Syphilisaffect, oder „syphilitische Initialform“ angeführt werden.

Die Papel gehört zwar in der Regel in die Reihe der Symptome, welche mit ihrem Auftreten zugleich als Zeichen der bereits florirenden constitutionellen Syphilis zu gelten haben. Allein in sehr vielen Fällen entsteht an Ort und Stelle der Einwirkung des syphilitischen Contagiums als Primäraffect nicht eine der bekannten Schankerformen, auch nicht eine blosse Induration, sondern eine Papel. Dies ist der Fall sowohl, wenn die Erkrankung von bereits bestehenden Papeln selbst vermittelt wird, wie in den aus der Praxis bekannten Fällen von Ansteckung zwischen Ammen und Säuglingen, als auch bei der experimentellen Einimpfung von Blut Syphilitischer (Pelizzari u. Andere).

Die Papel verhält sich unter diesen Umständen gerade so wie ein Schanker. Dieselbe vermehrt sich durch Autoinoculation zunächst regionär, gerade so wie ein Schanker, und erst nach der auch für den Schanker geltenden Frist von mehreren Wochen treten die später zu beschreibenden Folgeerscheinungen des Gesammtorganismus auf.

Da bezüglich dieses Verhältnisses die Papeln ohnedies noch ausführlicher an einem späteren Orte werden besprochen werden müssen, mag hier diese kurze Erwähnung genügen, dass eben die syphilitische Papel sehr häufig auch die Rolle eines Primäraffectes in gleichem Sinne wie der Schanker spielt. Nur ist noch darauf hinzuweisen, dass diese functionelle Bedeutung der Papel eine sehr lehrreiche Illustration in dem Umstande erhält, das man sowohl aus Schankern direct Papeln hervorgehen sieht, und zwar bei weiblichen Individuen ausserordentlich häufig, ein Vorkommniss, das schon Ricord mit dem Ausdrucke „Transformatio in situ“ gekennzeichnet hat, und dass umgekehrt auch bei einem bereits constitutionell syphilitischen Individuum bestehende Papeln sich in exquisite Schanker umwandeln (siehe Kaposi, die Syphilis der Haut etc. Taf. XLI).

Folgen der Schanker.

§. 55. Zu den im Vorausgehenden geschilderten mannigfachen Arten der Schanker gesellen sich mit einer beinahe typischen Regelmässigkeit gewisse Erscheinungen, welche man, theils wegen des regelmässigen zeitlichen Verhältnisses, in welchem beide zu einander stehen,

theils wegen des nachweisbaren anatomischen oder physiologischen Zusammenhanges als Folgeerscheinungen der Schanker bezeichnen kann. Diese sind zweierlei Art: a) unmittelbare, b) mittelbare Folgekrankheiten.

a) Unmittelbare Folgekrankheiten der Schanker.

§. 56. Diese manifestiren sich als eine im weitesten Sinne entzündliche Affection der mit dem jeweiligen anatomischen Sitze des syphilitischen Initialaffectes zusammenhängenden Lymphgefässe und Lymphdrüsen, Lymphangioitis und Lymphadenitis. Sie fehlen in irgend einer Form oder einem Grade beinahe niemals, und erscheinen entweder beide gleichzeitig, oder gesondert noch während des Bestandes der betreffenden Initialaffecte, oder verschieden lange Zeit nach Ablauf derselben. Insoferne die Papel ebenfalls zuweilen einen Primäraffect darstellt, die genannten unmittelbaren Folgen jedoch mit den Papeln seltener zu beobachten sind, dürfen wir in der folgenden Schilderung der Lymphangioitis und Adenitis specifica auf ihre regelmässige und häufigere Quelle, das sind die Schanker sensu stricto, ausschliesslich Rücksicht nehmen.

Lymphgefässentzündung in Folge der Schanker.

§. 57. Gleichgiltig an welcher Stelle der Schanker sich localisirt hat, ob an den Genitalien, an einem Finger, an der Wange, unter allen Umständen kann es noch während des Bestandes dieses Schankers, oder selbst nach seiner Vernarbung, zu mehr weniger prononcirter Entzündung der von dem Schankersitze centripetal verlaufenden Lymphgefässe kommen. Wir meinen hier nicht jene mehr diffuse, einem oberflächlichen Erysipel entsprechende Lymphangioitis capillaris, welche in der Regel mehr den Ausdruck der Intensität, als der Spezificität eines Entzündungs- oder Eiterungsherdes ist, sondern eine vorwiegend die grösseren Lymphgefässstämme betreffende Entzündung. Bezüglich der im Bereiche der vordern Partie des Membrum virile localisirten Schanker entzündet sich zumeist das Dorsal-Lymphgefäss, welches von dem Rande der Vorhaut in gerader Linie nach rückwärts verläuft und an der Wurzel desselben nach den beiderseitigen Drüsen hin sich abzweigt. An den weiblichen Genitalien vorwiegend ein Lymphgefäss, welches von der obern Partie des grossen Labiums nach oben und aussen zu den Leistendrüsen hinzieht.

Die Lymphangioitis gestaltet sich entweder acut oder chronisch.

Die acute Lymphangioitis auf dem Rücken des männlichen Gliedes manifestirt sich als ein schmerzhafter, von blasser, oder verschieden intensiv gerötheter Haut bedeckter, harter, nach rückwärts laufender, rabenfederkiel- bis selbst kleinfingerdicker, glatter oder stellenweise knotiger Strang, der nach vorne hin bisweilen mit einer kolbigen Anschwellung in die Basis des Schankers sich verliert.

Das das Lymphgefäss umgebende Bindegewebe wird nicht selten in die entzündliche Infiltration mit einbezogen, ja bildet auch oft die Hauptmasse des Schwellungsstranges, entweder der ganzen Ausdehnung

nach, oder wenigstens an einzelnen Stellen. In diesem Falle wird auch die darüber wegziehende allgemeine Decke selbstverständlich intensiv geröthet, anfangs beweglich, später damit verlöthet erscheinen.

Die acute Lymphangioitis bildet sich entweder zurück, und es kann eine indolente Verdickung des Lymphgefässes und seiner Umgebung viele Wochen persistiren. Oder sie verschwindet alsbald, oder nach einer längeren Frist spurlos; oder es steigert sich im Gegentheil die Entzündung an einer oder an mehreren Stellen im Verlaufe des entzündlichen Stranges, wo es dann zu eitriger Schmelzung, Fluctuation und Perforation kommt. Nach Entleerung des Eiters kann der Abscess sich ohne weiteres, wie ein unter sonstigen Umständen zu Stande gekommener Abscess schliessen, verheilen. Oder derselbe bekommt alsbald ein geschwüriges Ansehen mit speckigem Belage des buchtigen Grundes und der unterminirten Ränder, ein schankröses Ansehen — Bubonulus, Nisbeth'scher Schanker.

Bisweilen findet sich nur ein solcher im Verlaufe des Dorsum penis, manchmal stehen solche auch 3—4 von dem Präputium bis zur Leiste längs des Lymphgefässverlaufes in einer Reihe, welche in der Leiste selbst mit einem Drüsenbubo abschliesst.

Ob es zu einer solchen acuten Lymphangioitis mit oder ohne geschwürige Abscedirung kommen wird oder nicht, ist keineswegs aus der Intensität, oder der Zahl, oder dem Charakter der vorhandenen Schanker abzusehen. Ein einziger, ganz unbedeutender, rasch verheilender Schanker kann eine intensive und suppurirende Lymphangioitis zur Folge haben; und andererseits kann dieselbe auch bei zahlreichen und exquisit virulenten Schankern höchst mässig sein oder ganz ausbleiben.

Weniger häufig und deutlich lassen sich solche auf Lymphangioitis zurückzuführende Stränge bei den an den weiblichen Genitalien, auf der Wange, Lippe etc. localisirten Schankern verfolgen, wohl aber beim Schanker des Fingers.

Die chronische Lymphangioitis stellt eine ohne merkliche Entzündungserscheinungen zu Stande gekommene, schmerzlose, gleichmässige oder knotige Verdickung und Verhärtung des von irgend einem Schanker wegziehenden Lymphgefässes vor. Sie kann Monate lang fast ohne Veränderung persistiren, gelegentlich aber auch acut sich steigernd einen Verlauf wie die oben geschilderte acute Lymphangioitis nehmen.

Drüsenentzündung in Folge des Schankers — Adenitis specifica; Bubo.

§. 58. Viel häufiger als Lymphangioitis gesellt sich zu den Schankern eine mehr oder weniger prononcirte Schwellung und Entzündung der ihrem Lymphgefässbezirke angehörigen Lymphdrüsen. So finden sich bei Schankern an den Genitalien sowohl die ober- als unterhalb des Pourpartischen Bandes, ausser- und innerhalb der Fascie sowie an der innern Fläche des Oberschenkels, um die Einmündungsstelle der Vena saphena durch die Lamina cribrosa der Fascia lata gelegenen Drüsen, die längs der grossen Gefässe angeordneten und auf dem Psoas gelagerten, einzeln, zu mehreren, oder fast alle zugleich oder successive

in den Prozess mit einbezogen. Beim Schanker im Bereiche des Gesichtes sind es die Submaxillardrüsen, bei der Localisation an der Hand die Drüsen an der innern Cubitalfurche und der entsprechenden Achselhöhle, welche von dem Prozesse betroffen werden.

Die in Folge des Schankers auftretende Drüsenaffection spielt eine sehr grosse Rolle in der Pathologie der Syphilis und zwar sowohl mit Rücksicht auf den örtlichen Prozess an und für sich, als in Bezug auf ihre eigene nosologische Bedeutung.

Wie die Lymphangioitis, so stellt sich auch die Adenitis dar als: 1) acuter oder eiternder oder 2) chronischer oder indolenter Bubo.

1) Der acute oder eiternde Bubo.

§. 59. Als häufigstes und demnach gewissermassen als Paradigma dieser Erkrankungsform verwerthbares Vorkommniss ist der eiternde Bubo der Leistengegend aufzuführen.

Derselbe entwickelt sich unter den bekannten Erscheinungen einer acuten oder subacuten Entzündung, nicht anders als eine, aus welcher andern Ursache immer, z. B. einer Excoriation am Unterschenkel hervorgegangene Drüsenentzündung. Ein anfangs dumpfer, später deutlicher Schmerz, Beschwerden beim Gehen, beim Druck an einer bestimmten Stelle, zumeist oberhalb des Pourpart'schen Bandes, das Gefühl der Schwere in der Extremität, der Behinderung im Gehen, allgemeines Unbehagen, vielleicht auch etwas Fieberbewegung machen auf die sich entwickelnde Adenitis aufmerksam.

Man fühlt unter einer normal gefärbten und beweglichen Hautdecke einen gegen Druck schmerzhaften, einer vergrösserten Lymphdrüse entsprechenden, rundlichen, anfangs beweglichen, später mit dem umgebenden Bindegewebe und der allgemeinen Decke inniger verlötheten Knoten. Von da ab, ja selbst wenn etwas Elasticität in der Mitte des Knotens durch die touchirenden Finger schon zu erkennen, kann die Entzündung sich vollständig wieder rückbilden. Oder der Prozess schreitet vor, die allgemeine Decke wird an den Knoten festgelöthet, geröthet, verdünnt und unter Steigerung der Fluctuation, der Schmerzen, des Fiebers, Schüttelfrost etc. hat sich der Abscess eröffnet.

Bis zu diesem Augenblicke ist dem Bubo absolut nichts Specifisches abzusehen.

Hat man eine nicht von einem Schanker herrührende Adenitis vor sich, so schreitet bekanntermassen nach erfolgter Eröffnung des Abscesses sofort der Prozess zur Rückbildung. Die nekrotischen Gewebe stossen sich ab, die Abscesshöhle verkleinert sich, das Infiltrat der Drüse wie der Umgebung wird grösstentheils resorbirt und der Abscess wandelt sich nach Abstossung der geschmolzenen Gewebsmassen in eine gesunde granulirende Wunde um und verheilt.

Es darf nicht übersehen werden, dass thatsächlich viele Bubonen, welche von einem exquisit virulenten Schanker herrühren, in der geschilderten Weise verlaufen, demnach von einer aus einer nicht specifischen Quelle herstammenden Adenitis suppurativa sich absolut nicht unterscheiden. Wir werden hören, dass man aus rein theoretischen Gründen derart verlaufende Bubonen, auch wenn sie unzweifelhaft mit

Schankern in genetischem Zusammenhange standen, wegen dieses nicht virulenten Verlaufes als einfach entzündliche Bubonen mit dem Kunstausdruck „symptomatische Bubonen", in dem Sinne wie symptomatische Adenitis in Folge anderweitiger peripherer Entzündungsherde, bezeichnet hat.

§. 60. In vielen Fällen jedoch nimmt der Bubo einen merkwürdig verschiedenen Verlauf. Anstatt nach erfolgter Eröffnung zur Reparation zu schreiten, verwandelt sich derselbe in ein Geschwürscavum, welches unverkennbar alle Charaktere eines wirklichen Schankergeschwüres darbietet, „Schankerbubo", „virulenter Bubo", „Drüsenschanker".

Sobald die Perforation stattgefunden hat, bleiben die Ränder klaffend, der Substanzverlust wird immer grösser, indem von den Perforationsrändern her das Gewebe fortschreitend consumirt wird. Es liegt ein Abscess vor von unregelmässig krater- oder muldenförmiger Gestalt mit buchtigen, nischenförmigen, nach dem Grunde und der Umgebung hin verschieden tief ausgreifenden Ausweitungen. Im Grunde liegen einzelne oder zu Knollen vereinigte, mit drusiger, speckig belegter Oberfläche versehene, enorm vergrösserte, harte Drüsenmassen und allenthalben erscheinen die den Abscess begrenzenden Wandungen missfärbig, eitrig belegt, in Zerfall begriffen, kurzum ganz von dem Bilde eines Schankers.

Aber nicht blos das momentane klinische Ansehen, sondern auch der ganze weitere Verlauf bringt die Analogie des virulenten Bubo mit dem Schanker zur Ueberzeugung. Die Gewebszerstörung dauert auch hier in fortschreitender Weise an, sowie beim Schanker, und zwar durch Wochen und Monate. Und wie beim Schanker tritt auch hier ohne jedesmal nachweisbare äussere Veranlassung in relativ kurzer Zeit die Umwandlung in eine gesunde, granulirende Wunde und endliche Heilung ein, während in den ersten Wochen alle Bemühungen der Therapie diese günstige Umänderung in dem Bubonenabscess hervorzurufen erfolglos geblieben sind. Kurz man hat hier ebenfalls ein typisches Stadium destructionis und ein Stadium reparationis.

Selbst die als Varianten des Schankers in einem früheren Kapitel aufgeführten Verlaufsweisen wiederholen sich an dem virulenten Bubo. Es kann, wie der Schanker, auch der Bubo zu einem phagadänischen gangränösen, diphtheritischen, serpiginösen werden. Von einem oberflächlichen kleinen subcutanen und oberhalb der Fascie gelegenen Bubo, z. B. der Leistengegend, kann der Gewebszerfall unter höchst acuten entzündlichen Erscheinungen nach der Fläche und Tiefe ausserordentlich rapid sich ausbreiten, die Haut, die Fascie, das Pourpart'sche Band mitnehmen, die Muskeln zerstören, die Scheide der grossen Gefässe blosslegen, diese selbst bedrohen, arrodiren, so dass es zu lethalen Blutungen, z. B. aus der Arteria cruralis kommt, das Peritoneum, die Eingeweide aufdecken, und auf dem so grossen Destructionswege findet sich jedweder Theil des Bubo, jeder Spalt, jeder Kanal, jede Bucht, Rand, Grund, von dem exquisit speckigen, destruirenden Ansehen des Schankers.

Eine solche Zerstörung kann entweder langsam, aber mit einer gewissen Consequenz innerhalb Wochen und Monaten vor sich gehen, wodann der secernirte Eiter ein ziemlich gutes Aussehen darbietet,

die Entzündungserscheinungen mässig sind, und das Allgemeinbefinden nicht übermässig alterirt erscheint. Oder die Destruction erfolgt höchst rapid, unter einer dünnen, jaucheartigen Secretion, intensiver Entzündung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit der Umgebung, heftigen Fiebererscheinungen, wobei die einzelnen Gewebsschichten vielfach zerklüftet und blätterartig zum Auseinanderweichen und rascher Schmelzung gebracht werden — phagedänischer Bubo.

Noch rascher wird eine solche enorme Gewebszerstörung sich einstellen, wenn der Bubo, anstatt oberflächlich beginnend allmälig nach der Fläche und Tiefe zu greifen, von vornherein seinen Ausgang von der Tiefe genommen hat, ein Umstand, den merkwürdiger Weise gar manche Schematiker in der Bubonenlehre ganz übersehen.

§. 61. Es ist nämlich nicht zu vergessen, dass einerseits ja in dem ganzen bezeichneten Territorium auch unterhalb der Fascia lata, im Septum crurale, auf dem Psoas, unter der Fascia abdominalis Drüsen liegen, welche im normalen Zustande anatomisch kaum nachweisbar, sobald Entzündung in der betreffenden Region eintritt, zu grossen Tumoren heranwachsen können; dass ferner von den Genitalien, speciell der Glans und dem Präputium zahlreiche Lymphgefässe anatomisch gar nicht für alle Fälle typisch, sondern bei verschiedenen Individuen in höchst variabler Weise und in grosser Anzahl theils zu den oberflächlichen, theils den tiefgelegenen Drüsen hinlaufen, und dass demnach von vornherein die Möglichkeit gegeben ist, dass eine unter der Fascie gelegene Drüse zuerst sich entzündet und suppurirt. In einem solchen Falle klagt der Patient schon lange über Schmerz, Behinderung im Gehen, ohne dass man bei der Inspection den betreffenden Entzündungspunkt zu eruiren vermag, weil eben die Fascie stramm gespannt, nicht so vorgewölbt wird, wie die allgemeine Decke von einer oberflächlich gelegenen entzündeten Drüse.

Wenn nun jene tief gelegene Drüse zuerst zur Vereiterung gelangt, dann kommt es lange noch nicht zur Perforation, es dauert Wochen, bis die von hier zu den oberflächlichen Drüsen ziehenden Lymphgefässe, dann die Drüsen selbst in Entzündung und Eiterung gerathen. Wenn nun hier Perforation eintritt, ist längst eine Communication zwischen den tiefer und höher gelegenen Abscesshöhlen zu Stande gekommen.

So kann es geschehen, dass man z. B. nach Eröffnung eines Abscesses an der inneren Fläche des Oberschenkels mit der Sonde nach aufwärts unter dem Pourpart'schen Band in eine oberhalb des letzteren aber unter der Fascie gelegene Abscesshöhle gelangt. Nach einigen Wochen eröffnet sich auch über der Leiste ein Abscess, der wieder in die Tiefe zum subfascialen Eiterherd führt. Nach und nach gehen die Gewebsbrücken zwischen den drei etagenförmig über einander gelagerten Abscessen verloren und es liegt nun ein, wie oben beschriebener, möglicherweise bis auf die Gefässscheide und den Darm reichender, geschwüriger Substanzverlust vor.

§. 62. Auch die anderen Varianten des Schankers wiederholen sich im Verlaufe des Bubo. Er erscheint als diphtheritischer, nachdem er bis auf einen gewissen Grad um sich gegriffen hat, stationär, mit einer

glatten, feindrusigen, graugelb belegten, irisirenden, wenig dünnen Eiter secernirenden Geschwürsfläche, mit scharf abgesetzten, im Uebrigen angelegten oder selbst nach aussen gekrämpten, dicken, harten, callösen Rändern versehener, flachschaliger Substanzverlust. Erst nach vielen Wochen oder Monaten kommt es zu einem lebhafteren Ernährungsvorgang entweder im günstigen Sinne, so dass die Eiterung eine copiösere wird, womit auch lebhafte Granulationsbildung und endlich Vernarbung eintritt. Oder im ungünstigen Sinne, indem plötzlich ein rascher Gewebszerfall mit entzündlich ödematöser Schwellung der Umgebung, das ist eine Umwandlung in den phagedänischen Schanker, eintritt, so dass der diphtheritische Bubo auf dem Umwege der Phagedän zur Heilung schreitet.

Wie aus dem Schanker das Ulcus serpiginosum, so kann auch aus dem Bubo der serpiginöse Bubo hervorgehen. Gerade so wie bei jenem gestaltet sich auch hier der Verlauf in der Weise, dass im grössten Theile der Fläche und Circumferenz Granulationsbildung und Vernarbung eintritt, während ein Theil der Peripherie die schankeröse Beschaffenheit beibehält. Von dieser Seite her nun schreitet der Gewebszerfall, immer mit Beibehaltung des schankerähnlichen Ansehens durch viele Monate, 2—3 Jahre, peripherisch weiter. Es kann auf diese Art endlich ein grosses Territorium, die ganze Leistengegend, der Mons veneris, die innere Oberschenkelpartie von einer strahligen Narbe occupirt erscheinen, welche in der äusseren Peripherie, manchmal in der ganzen Circumferenz, von einem schmalen, in Bogenlinien verlaufenden Geschwürssaume umgeben ist, dessen convexer Rand von schankerösem Charakter, steil, unterminirt, noch in fortschreitender Destruction begriffen ist, während der innere abgeflachte Rand granulirend allmälig in die centrale Narbenpartie übergeht.

Die rapideste und ausgedehnteste Gewebszerstörung findet sich beim gangränösen Bubo. Gangrän kann in allen Stadien des Bubo auftreten. Wenn der Gewebszerfall überhaupt sehr rasch fortschreitet, ist schon ipso facto in der raschen Mortification und in der intensiven entzündlichen Infarcirung der Gewebe die Gefahr zum Brande gelegen. Noch mehr wird die Gangrän begünstigt durch die Abhebung und Isolirung grösserer Gewebspartien von dem sie ernährenden Mutterboden. Aus letzterem Grunde gangränescirt auch in der Regel die nach der Entleerung eines grossen Buboherdes von ihrer Unterlage abgehobene Cutis bis an den Rand hin, wo sie wieder dem unterliegenden Gewebe fester anliegt. Ebenso geht bisweilen die Gangrän von einem im Fundus eines Buboabscesses hervorragenden, isolirten Drüsenpaquete aus, welches entweder in Folge der eigenen entzündlichen Infarcirung, oder durch therapeutische Eingriffe (Unterbindung) zum Absterben gebracht wurde.

Einmal entstanden, kann die Gangrän unbestimmbar weit um sich greifen.

Als ausserhalb des Bubo gelegene, zur Gangrän disponirende Momente können schlechte Pflege, ungesunde Wohnung, nosocomiale Einflüsse, üble Constitution des Individuums, Tuberculose, Anämie etc. gelten. Ebenso leitet nicht selten Erysipel die Gangrän ein.

Diese kündigt sich dem Erfahrenen durch unverkennbare Zeichen an. Plötzliches allgemeines Unwohlsein, Appetitlosigkeit, belegte Zunge,

schlechtes Aussehn, fesseln zuerst die Aufmerksamkeit. Alsbald tritt Fieberhitze ein. Binnen wenigen Stunden hat das Aussehen des Bubo sich geändert. Die Secretion selbst sistirt, die früher mit reichlichem Eiter belegte Wunde erscheint mit einer dünnen Kruste belegt. Die Haut der Umgebung ist roth, fühlt sich sehr heiss an. Nach wenigen Stunden hat die Wunde ein welkes Ansehen gewonnen. Dem Rande zunächst sinken die Gewebe verfärbt, trocken, zunderartig gerunzelt unter das Niveau ein. Von Stunde zu Stunde schreitet die trockene Mumificirung nach der Fläche und Tiefe fort, während die mittleren Partien von jauchigem Eiter unterwühlt, verflüssigt werden. Binnen wenigen Tagen kann die Gangrän von der Symphyse bis zum Nabel, von da quer zur Lende, nach abwärts zum Trochanter, nach innen auf den Oberschenkel und das Scrotum, zurück zur Symphyse, alles Gewebe tief bis auf die Schenkelgefässe und diese selbst, Muskeln, Fascien, Sehnen zerstören. Unter hochgradigem Fieber, Diarrhöe, Collaps tritt binnen wenigen Tagen der Tod ein. Oder dieser erfolgt durch Erschöpfung nach einer heftigen Blutung aus den grossen Gefässen, oder während der Blutung selbst.

Auch so kolossal ausgedehnte Gangrän kann wieder zur Reparation kommen. Unter Nachlass der Fiebererscheinungen begränzt sich die Mumificirung. Die nekrotischen Gewebe werden unter von den Rändern allseitig auftauchenden Granulationsbildung und normalen Eiterung abgestossen.

Auch während der Abstossung der nekrotischen Gewebe kann leicht Blutung auftreten.

Binnen wenigen Tagen, einer Woche kann der ganze Gangränherd in eine schön rothe, granulirende Wunde verwandelt sein. Die Muskeln liegen wie anatomisch präparirt zu Tage und die Verheilung geht rapid vor sich. Selbstverständlich kann bei so enormer Ausdehnung der eigentliche Schluss der Heilung wegen der Grösse und Massenhaftigkeit der Narbe, der Constriction der zuführenden Gefässe noch mannigfach verzögert werden.

Mit der Umwandlung des Bubo in eine granulirende Wunde hat derselbe, gleichgiltig welchen Verlauf er als Bubo selbst genommen hat, den Charakter und die Bedeutung eines specifischen Affectes verloren, und ist derselbe wie jede andere z. B. nach einer Verbrennung zurückgebliebene Wunde zu betrachten.

2) Der chronische oder indolente Bubo.

§. 63. Ueber den chronischen oder indolenten Bubo ist nicht viel mehr zu sagen, als was aus der Bezeichnung selbst schon entnommen werden kann. Man versteht darunter eine unter kaum merklichen Entzündungserscheinungen, oder auch ohne alle wahrnehmbare begleitende Erscheinungen subacut oder auch allmälig sich entwickelnde Vergrösserung und Verhärtung der zu einem Schanker gehörigen Lymphdrüsen.

In der Regel betrifft die Adenitis chronica mehrere Drüsen zugleich, welche zu haselnuss- bis nussgrossen, in der Regel beweglichen, isolirten, manchmal dichter aneinander gedrängten Geschwülsten heranwachsen. Sie sind meist schmerzlos, auch auf Druck, bestehen viele

Wochen und Monate und bilden sich dann entweder vollständig zurück, oder es bleibt eine oder andere Drüse noch lange Zeit, manchmal Jahre hindurch etwas vergrössert und greifbar zurück. In einem solchen Falle pflegt auch die Consistenz der vergrösserten Drüsen eminent hart zu sein, — sogenannte Sclerose der Drüse.

Bisweilen kommt es in einer oder mehreren der indolent geschwellten Drüsen zu acuter Steigerung der Entzündung, Abscessbildung mit darauf folgender Verheilung, oder selbst Umwandlung in einen virulenten Buboschanker. Doch tritt ein solches Ereigniss in der Regel nur in den ersten Wochen der indolenten Adenitis auf, sehr selten im spätern Verlauf und da allenfalls in Folge von mechanischer Irritation, forcirten Märschen, Reiten u. s. w.

Im Allgemeinen ist die chronische oder indolente Adenitis ein viel häufigerer Begleiter der Schanker, als der acute Bubo und speciell die häufigere und dauerndere Folge der harten Schanker, als der weichen.

Nosologische Bedeutung der Bubonen.

§. 64. Man kann sowohl aus praktischen Gründen, als um den gangbaren Theorien über die Syphilislehre gerecht zu werden, die die Schanker concomitirenden Bubonen nicht einzig und allein vom allgemein chirurgischen Standpunkte betrachten, sondern muss auch ihre specielle Beziehung zu den Schankern, deren einzelnen Arten, und ihre möglichen Folgen für den Gesammtorganismus in's Auge fassen.

Man hat nämlich, um es gleich vorweg zu sagen, einmal aus der besondern Art des Bubo einen charakterisirenden Reflex bezüglich des ihm zu Grunde liegenden Schankers abgeleitet und weiter sich auch berechtigt gefühlt, gewisse Deductionen bezüglich der zu erwartenden Folgen für den Gesammtorganismus von dem Bubo zu machen, wofern zufällig der ihn veranlassende Schanker nicht genügend specifisch charakterisirt erschien, um eine solche Deduction zu gestatten. Mit anderen Worten, der Bubo ist als eine Art Duplicat, oder pathologisches Facsimile des Schankers angesehen worden, welches wegen des vergrösserten Maassstabes, in welchem er zur Präsentation kam, die unmerklichen, weil auf einen mehr kleinen Raum beschränkten Charaktere des Schankers selbst zur leichteren Wahrnehmung und Erkenntniss brächte.

Mit Rücksicht hierauf nun galt und gilt zum Theile noch fast allgemein die ursprünglich von Ricord aufgestellte Lehrmeinung, dass erstens ein acuter, suppurirender, sogenannter virulenter Bubo nur mit einem weichen Schanker vergesellschaftet vorkommen könne, und da nach einem weichen Schanker, sowohl nach der ursprünglichen Ricordschen Lehre, als noch kategorischer nach der Dualitätslehre, keine Allgemeinsyphilis folgen könne, so bedeute eben die Anwesenheit eines virulenten Bubo, dass keine constitutionelle Syphilis eintreten werde. Und zweitens, dass nach einem harten Schanker kein virulenter Bubo auftreten kann, sondern nur indolente Adenitis, dass die letztere demnach pathognomonisch für einen harten Schanker sei, respective sogar den Rückschluss erlaube, dass ein in seiner Induration nicht ausgeprägter

Schanker als harter anzusehen wäre, sobald indolente Polyadenitis ihn begleite. Und dass endlich aus allen den Gründen, wie aus der Induration, so auch aus der indolenten Adenitis die Erwartung einer kommenden Allgemeinsyphilis geschöpft werden könne.

§. 65. Ich muss, wie in vielen anderen Beziehungen, auch in Bezug auf diese Momente eine von der herrschenden sehr abweichende Meinung darlegen, indem ich weit entfernt, dieselbe als solche einfach zu unterbreiten, vielmehr die Thatsachen hervorhebe, aus welchen diese abweichende Meinung von selber folgen muss.

Zunächst darf man nicht vergessen, dass die Schanker welcher Art immer einen Eiterungs- und Entzündungsherd darstellen, eventuell einen unter dem Einflusse eines sehr intensiven virulenten Stoffes zu Stande gekommenen Irritations- und Neubildungsprozess, und dass demnach von da aus, so wie nach jedem, im Uebrigen benignen Entzündungsherde Lymphgefäss- und Drüsenentzündung ausstrahlen kann, wie z. B. von einer Pustel, Excoriation, einem Abscesse des Unterschenkels, einer Blennorrhöe u. s. w.

Man stellt sich vom allgemein pathologischen Standpunkt gewöhnlich die Sache so vor, dass entweder von den bezüglichen Entzündungs- oder Eiterherden aus per continuum die Entzündung auf das Lymphgefäss und bis zur Drüse sich fortpflanzt; oder dass von dort her Formelemente (Eiterzellen) oder Gewebselemente im weitesten Sinne mittelst des Lymphstromes durch das Lymphgefäss bis in die nächste Drüse fortgeführt werden und da als Entzündungsreiz wirken. Im letzteren Falle könne das Lymphgefäss als einfacher Durchgangskanal der schädlichen Potenz entweder ebenfalls zur Entzündung gelangen, oder von dieser verschont bleiben.

So erklärt es sich, dass einmal das abführende Lymphgefäss allein erkrankt, ein anderesmal dieses und die Drüse, ein drittesmal diese und die Drüse allein ohne erkennbare entzündliche Affection des Lymphgefässes. Schon nach dieser allgemeinen pathologischen Auffassung kann man annehmen, dass die in Folge eines Schankers auftretende Drüsen- und Lymphgefässentzündung einen specifischen Charakter erlangen wird, da die in dieselben eingeführten irritirenden Substanzen unzweifelhaft von einer specifischen, virulenten Quelle herrühren, demnach auch selber specifisch virulente Eigenschaften besitzen und so wie sie an der ersten Inoculationsstelle einen entsprechenden Entzündungs- und Verschwärungsprozess veranlassten, gewiss auch in dem neuen Herde, wohin sie transportirt worden, in der Drüse dasselbe zu veranlassen vermögen.

§. 66. Dass diese Auffassung nicht unrichtig ist, lehrt ja die klinische Beobachtung. Denn wir haben gezeigt, dass sehr häufig die Adenitis, welche in Folge eines virulenten Schankers eintritt, nicht wie ein auf eine Excoriaton folgender Drüsenabscess verläuft, sondern nach seiner Eröffnung einen ganz eigenthümlichen, dem Schanker analogen Charakter und Verlauf annimmt. So hat man auch in der Pathologie sich gewöhnt, den früher von den Griechen für jede Drüsenentzündung und Schwellung gebrauchten Namen „Bubo“ auf diese specifische Drüsenentzündung zu beziehen, gegenüber der nicht specifischen

Adenitis, welche als Product einer blossen entzündlichen Reizung von Seite einer nicht virulenten Quelle entstanden ist und die als einfache oder „sympathische" Adenitis hingestellt wird.

Nun hat die Erfahrung gelehrt, dass nicht auf jeden virulenten Schanker auch ein virulenter Bubo folgt, sondern dass selbst, wenn es zur Vereiterung der Drüse kommt, der Abscess gerade so verlaufen kann, wie der aus einer nicht specifischen Quelle herrührende. Da aber ein solcher Verlauf nicht mit der Eingangs dieses Kapitels erwähnten Theorie harmonirte, so hat man ein solches Vorkommniss einfach in der Weise gedeutet, dass in diesem Falle quasi nicht ein directer Import von virulenter Materie in die Drüse stattgefunden habe, sondern eine einfache irritative Entzündung vorliege, und dass man einen solchen Bubo im Gegensatz zu dem virulenten als „sympathischen Bubo" bezeichnen müsse.

§. 67. Ich muss hier die schon früher erwähnte Thatsache nochmals ganz besonders hervorheben, dass der virulente Bubo allerdings relativ häufiger mit virulentem Schanker vergesellschaftet ist. Allein er findet sich blos bei etwa 20 Procent aller virulenten Schanker, im Allgemeinen bei Weibern noch viel seltener. Weiter soll ein virulenter Bubo bei einem harten Schanker, oder nach der deutschen Dualitätslehre wenigstens bei einer Sclerose, die nicht aus einem tief greifenden virulenten Schanker hervorgegangen ist, niemals vorkommen. Denn der Bubo könnte ja eine Schankerbeschaffenheit doch nur von dem Contagium eines weichen Schankers und nach den französischen Dualisten allenfalls von einem gemischten Schanker, der eben auch weiches Schankercontagium enthält, empfangen.

Nun zeigt die klinische Erfahrung, dass auch ohne evidente Virulenz des Primäraffectes im Sinne des Schankers, demnach auch bei exquisit hartem Schanker und bei Sclerosen äusserst virulente Bubonen auftreten können. Auch für solche Fälle, die doch von den Dualisten als klinische Thatsachen nicht in Abrede gestellt werden können, vermögen die letzteren keine Erklärung, sondern höchstens die willkürliche Deutung zu geben, dass eben ein solcher Bubo nur ein symptomatischer wäre.

Ich glaube nicht, dass mit den genannten Theorien die unter solchen Umständen erscheinende Virulenz eines Bubo erklärt ist. Weil nun die supponirte Conformität des Bubo mit dem ihm entsprechenden Primäraffecte so häufig vermisst wird, so hat man ein anderes Kriterium für die Virulenz oder Nichtvirulenz eines Bubo geltend gemacht, welches gewissermassen von der Subjectivität der klinischen Auffassung emancipiren soll und gesagt: der virulente Bubo, gewissermassen als Metastase des virulenten Schankers, müsse wie dieser einen überimpfbaren und demnach reproducirbaren Eiter liefern, also in hohem Grade contagiös sein.

In der That ist eine solche Contagiosität mittelst der Impflancette nicht selten zu constatiren. Nur ist nicht zu vergessen, dass, wie schon in einer früheren Stelle ausgeführt worden, ein jeder concentrirte Eiter auf jedes beliebige Individuum mit positivem Erfolge und in Generationen überimpfbar ist, und dass demnach ein ähnlicher Erfolg von Seite des Schankereiters weder die schankeröse Beschaffen-

heit des Bubo zweifellos beweist, noch auch zu den Schlussfolgerungen berechtigt, welche man von einer erwiesenen Virulenz zu machen geneigt wäre.

§. 68. Noch wichtiger als dieser Einwand ist die Thatsache, dass in den meisten Fällen die ursprünglich von Ricord als zweifellos hingestellte Ueberimpfbarkeit des virulenten Bubo gar nicht existirt. Die Impfung schlägt fehl, trotzdem der Schanker evident virulent ist und der ihn begleitende Bubo eine schankeröse Beschaffenheit hat. Für diesen Fall hat man eine ganz besondere, sehr künstliche Erklärungsweise bereit gehalten. Da nämlich neben der Drüse auch das periglanduläre Bindegewebe mit entzündet und in Eiterung versetzt werden kann, so habe man zwei in einander geschachtelte Eiterherde. Von diesen sei der innerhalb der Drüsenkapsel befindliche Eiter das Vervielfältigungsproduct des direct vom Schanker transportirten Secretes, demnach virulent. Der Eiter des periglandulären Bindegewebes jedoch, als aus symptomatischer Entzündung hervorgegangen, besitze keine Virulenz. Wenn man demnach mit der Lancette aus dem punktirten Bubo Eiter genommen und kein positives Resultat erlangt, so, meinte man, liege dies eben darin, dass man zufällig ein Tröpfchen von diesem periglandulären Eiter bekommen habe. Ein solcher aus dem Drüseninhalt selbst hätte sich unfehlbar virulent und contagiös erwiesen[1]).

§. 69. Man sieht, wie vielfach und beinahe bezüglich jedes einzelnen Punktes die Pathologen so sehr geneigt sind, die Thatsachen den jeweiligen Theorien anzupassen, nicht umgekehrt.

Ich habe Fälle gesehen, in welchen auf exquisit virulente Schanker die Lymphdrüsen einzeln, zu 5—10 als je isolirte, genau umschriebene, fluctuirende Bubonen sich entwickelten. Ich habe jeden einzeln punktirt. Die Drüsen waren zu dieser Zeit immer nach allen Seiten umgreifbar. Von einer periglandulären Eiterung oder selbst Entzündung keine Spur. Es waren also reinste Schankerbubonen und der entnommene Eiter war Drüseneiter, aber die Impfung gelang nicht und die Abscesse bekamen keine schankeröse Beschaffenheit.

Die Ueberimpfbarkeit oder Nichtüberimpfbarkeit eines Bubonenschankers hängt offenbar von sehr wandelbaren Zuständen des Eiters selbst ab, zunächst gewiss auch von der Concentration des letzteren. Die Tausende von Impfungen, welche von den nordischen Aerzten bei der Syphilisation vorgenommen wurden, die Impfexperimente von Bidenkapp, Pick, Köbner haben gezeigt, dass ein eiternder Affect überimpfbaren Eiter liefert zu Zeiten, wo die Eiterung durch künstliche Mittel acut und profus geworden und zeitweilig einen nicht überimpfbaren Eiter, wenn die Secretion eben geringer war. So und nicht anders verhält es sich auch mit dem Buboneneiter. Einmal zeigt er sich von einzelnen Stellen überimpfbar, ein anderesmal nicht. Dieses Symptom ist demnach für die Virulenz des Bubo gar nicht massgebend. Aus dem Gesagten erhellt, dass das bisher üblich gewesene Schema-

---

[1]) Patzelt (l. c. Literatur des Bubo) hat bei Impfung von Buboeiter in $^1/_3$ der Fälle einen „Schanker“ erzielt (l. c. pag. 423).

tisiren der Bubonen in ihrer Beziehung zum Schanker beinahe in jedem Detail an den klinischen Thatsachen scheitern muss, wofern man eben den letztern das Gewicht zumisst, das ihnen gebührt und nicht der Theorie in erster Reihe.

Man muss also sagen: Virulenz oder Nichtvirulenz des Bubo ist ein zur gegenseitigen Verständigung und zur Bezeichnung des jeweilig vorliegenden Krankheitsobjectes passender klinischer Begriff. In Bezug aber auf sein Verhältniss zu den Schankern ist folgendes festzuhalten: 1) Schanker jeglicher Art können mit acuter oder chronischer Adenitis verlaufen. 2) Der acute oder virulente Bubo findet sich sehr häufig (20 Procent) als Folge eines typischen weichen Schankers, selten, aber dennoch auch, als Folge des harten Schankers oder der Sclerose. 3) Die chronische oder indolente Adenitis begleitet regelmässig die harten Schanker, aber in der überwiegenden Mehrzahl auch die weichen[1]).

Für die sogenannten Varianten des weichen Schankers, den gangränösen, diphtheritischen, serpiginösen, den Flächenschanker u. s. w. kann aber nicht einmal annähernd eine Verhältnissskala des acuten oder indolenten Bubo aufgestellt werden.

§. 70. Weshalb und unter welchen Umständen in dem angedeuteten und im Allgemeinen immerhin zutreffenden Verhältnisse dem weichen Schanker mehr acute und virulente, dem harten mehr indolente, den anderen Arten von Schankern bald die einen bald die anderen Bubonen sich zugesellen, lässt sich gar nicht bestimmen, wenn wir nicht der nicht ganz ungerechtfertigten Meinung doch Ausdruck geben wollen, dass für viele Fälle wenigstens die allgemeinen ätiologischen Momente (schlechte Constitution, Zerrung durch Umhergehen, Reiten, unzweckmässiges Verhalten überhaupt) nicht ganz ausser Bereich fallen.

Im Uebrigen ist weder die Form, noch die Zahl und Intensität der Schanker in der Beziehung massgebend. Ein einzelner, winziger, in sehr kurzer Zeit verheilender Schanker z. B. des Präputiums kann beiderseitige gangränöse und diphtheritische Bubonen zur Folge haben, während viele und tief greifende Schanker ohne auffällige Betheiligung der Drüsen verlaufen können.

Daraus folgt, wie schon Eingangs bemerkt wurde, dass der Zahl und Art der Bubonen kein absoluter pathognomonischer Werth in Bezug auf den Charakter des Schankers selbst und dessen Bedeutung für den Gesammtorganismus zukommt.

Da aber erfahrungsgemäss der weiche Schanker in der Regel als örtliches Uebel verläuft, ohne Allgemeinsyphilis nach sich zu ziehen, und oft mit eiterndem Bubo combinirt ist; andererseits der harte Schanker zumeist von Allgemeinsyphilis gefolgt wird und in der Regel mit indolenter Adenitis vergesellschaftet ist, so kann immerhin die Formel für diese klinische Thatsache dahin lauten: dass eiternde Bubonen n der Regel, aber keineswegs positiv für Localisirtbleiben des Uebels,

---

[1]) Auf der Abtheilung für Syphilis des Wiener allg. Krankenhauses kam ach den statistischen Tabellen der Jahre 1870, 1871, 1872 bei etwa 45—50 Proc. er weichen Schanker und bei 35 Proc. der harten Schanker eiternde Drüsen-tzündung vor. Dabei ist nicht zu übersehen, dass die harten Schanker in viel ringerer absoluter Zahl vorkommen als die weichen.

indolente Bubonen aber die Wahrscheinlichkeit für Allgemeinsyphilis grösser erscheinen lassen. Obgleich wir auch den Schankern selber, je nach ihrer klinischen Beschaffenheit, nicht eine absolute pathognomonische Bedeutung bezüglich des Kommens oder Ausbleibens von Allgemeinsyphilis zugeschrieben haben, so liegt in denselben immerhin ein viel grösseres Kriterium für eine solche Prognose als in den Bubonen.

Therapie

der idiopathischen (primären) Syphilis-Affectionen.

Behandlung der Schanker.

§. 71. Wäre der Schanker unter allen Umständen ein örtlich bleibender Affect, so würde die Frage nach der zweckmässigsten Methode seiner Behandlung in den Augen eines jeden chirurgisch gebildeten Arztes höchst überflüssig erscheinen. Ein jeder solcher Arzt kennt die allgemeinen Principien, nach welchen man Geschwüre, d. i. nicht zur Heilung tendirende Substanzverluste am zweckmässigsten behandelt. Man weiss, dass die erste Indication in der raschen Zerstörung der durch den Prozess zerfallenen Gewebe besteht, dass nach Umständen man diese Zerstörung durch energisch eingreifende Aetzmittel zu Wege bringt, und damit das mehr normal beschaffene, entzündlich nicht infiltrirte Gewebe der Umgebung zu Tage legt, von welchem dann in der Regel die Granulationsbildung und Verheilung rasch erfolgt. Oder, dass man nach Umständen die acute Entzündung zu mässigen sucht und die Abstossung der mortificirten Gewebe von dem physiologischen Verlaufe, speciell der Granulationsbildung der Umgebung erwartet und dass man schliesslich die zögernde Granulation durch die bekannten leicht adstringirenden, irritirenden, eventuell ätzenden Mittel anzuregen sich bemüht.

Wenn dennoch die Behandlungsmethode des Schankers den Gegenstand eingehender Erörterungen in der Syphilidologie bildet und namentlich die in dieser Richtung weniger erfahrenen praktischen Aerzte eine verlässliche Anleitung hiezu in den Lehrbüchern über Syphilis suchen, so liegt dies nicht in der Geschwürsnatur des Schankers als solchen, sondern in dem Bewusstsein der Aerzte und Kranken, dass ein Schanker sehr ernste Folgen nach sich ziehen kann, welche wir als unmittelbare (Lymphangioitis und Adenitis) oder als mittelbare (constitutionelle Syphilis) bezeichnet haben.

Es spitzt sich also die Frage nach der zweckmässigsten Behandlung des Schankers dahin zu: durch welche Behandlungsmethode kann es am besten gelingen, diesen genannten Folgen des Schankers vorzubeugen? Und nur insoferne auch zum Theile die Vorstellung herrscht, dass mit der längeren Dauer des Schankers auch die Gefahr für das Eintreten jener Folgen sich steigert, wird auch die Frage ventilirt, durch welche Behandlungsmethode die Dauer des Schankers am allermeisten abgekürzt, oder, was das Ideal dieses Strebens wäre, die

Entwicklung des Schankers überhaupt unmöglich gemacht werden könnte.

Obgleich die Anhänger der Dualitätslehre von dem weichen Schanker höchstens Drüsenentzündungen, auf keinen Fall aber Allgemeinsyphilis erwarten können, so hat doch für dieselben die Frage nach der zweckmässigsten Behandlungsmethode auch des weichen Schankers dieselbe Bedeutung wie für die Unitarier, da sie auch bei Gegenwart von multiplen und zweifellos weichen Schankern, und selbst virulenten Bubonen, von Schankern, bei denen „der geübteste Tastsinn die Induration nicht wahrzunehmen vermag“, die Möglichkeit des Eintrittes constitutioneller Syphilis nicht in Abrede stellen.

Noch wichtiger wird die Abortivbehandlung des Schankers erscheinen müssen, weil selbst nach der Anschauung der Dualisten eventuell an derselben Stelle, wo das Schankergift eingeimpft worden, auch das von ihnen angenommene specielle syphilitische Gift inoculirt worden sein mag, dessen örtliche Wirkung nach der bekannten Vorstellung um diese Zeit gar nicht, sondern erst mit der nach einer Incubationsfrist von 2—3 Wochen sich manifestirenden Sclerose erkannt werden kann. Denn es liegt nahe zu vermuthen, dass dieses syphilitische Gift eine Zeit lang an dieser Stelle verharrt, nicht allsogleich in die Lymphcirculation aufgenommen worden sein mag, dass demnach mit dem Schanker auch das syphilitische Contagium von dem Abortivverfahren getroffen werden könnte.

§. 72. Die Verhütungs- oder Präventivbehandlung des Schankers ist zwar uralt, da ja die Wissenschaft gar nicht weit fortgeschritten sein musste, um den Wunsch nach einer solchen Leistung aufkommen zu lassen. Man hat eine ganze Menge von Mitteln, Waschwässer aromatischer, adstringirender, „desinficirender“ Art angewendet, Geheimmittel von Zeit zu Zeit angerühmt, auf deren Einzelheiten wir nicht eingehen wollen, weil ja ihre Wirkung gar nicht vor dem Forum einer objectiven Wissenschaft controlirbar ist.

Lunar Calderon, ein Pariser Arzt, der nach Vidal de Cassis ein solches Präservativ besessen hatte und sich mit demselben bewaffnet ungestraft Schankereiter auf das Glied einimpfen konnte, hat diese Impfungen doch nicht coram foro gemacht und das Mittel selbst mit sich in's Grab genommen.

Im Allgemeinen wird es selbstverständlich niemals erwiesen werden können, ob Jemand bei einem entsprechenden Contact per coitum unversehrt davongekommen ist, weil er irgend ein beliebiges Präventivwaschwasser angewendet hat, oder weil er sich überhaupt nichts eingeimpft hat. Vom wissenschaftlichen Standpunkte ist der letztere Grund allein anzunehmen.

Denn soweit die experimentellen Impfungen gelehrt haben, speciell lie noch in einem späteren Kapitel anzuführenden vielfachen Versuche nittels verdünntem, mit allerlei indifferenten und chemisch sehr wirkamen Substanzen, mit Causticis vermischtem Schankereiter die Wirkamkeit des Schankergiftes zu prüfen, hat sich dasselbe als ausserrdentlich widerstandsfähig und rasch wirksam erwiesen und ist nicht ut anzunehmen, dass dasselbe auf eine excoriirte Hautstelle (und nur m eine solche handelt es sich) gebracht und auch nur einige Minuten

liegen gelassen, wieder mechanisch entfernt, oder chemisch neutralisirt werden könnte, wie dies eben nur ein Waschwasser zu thun im Stande wäre.

Anders gestaltet sich die Frage, ob nicht eine Abortivbehandlung des Schankers in dem Sinne stattfinden könnte, dass man sowohl das Eindringen des Contagiums in die tieferen Gewebsschichten und damit die nächsten schädlichen Folgen (Bubonen) und was noch wichtiger das Eindringen des Contagiums in die Blut- und Lymphgefässbahn verhindern und auf diese Art der Allgemeinsyphilis vorbeugen könnte.

In dieser Beziehung nun ist es vielleicht nicht unzweckmässig, die weichen Schanker, gleichviel ob die überhaupt weich bleibenden oder im weiteren Verlauf indurirenden, wenigstens für die Zeit vor ihrer Induration von den bereits evident indurirten Schankern und der Sclerose zu trennen.

Abortivbehandlung der weichen Schanker.

§. 73. Man mag über die Sclerose wie immer denken, bezüglich der weichen Schanker herrscht nach der Richtung gar keine Verschiedenheit der Ansichten, dass man allgemein nur in dem Maasse ein Vordringen des Contagiums annimmt, als dessen inficirende Wirkung an den örtlichen Geweben klinisch sichtbar ist, oder dass diese Wirkung wenigstens den klinisch als inficirt erkennbaren Gewebsrayon nicht um Vieles überschreitet; dass weiter, inwieferne nach weichen Schankern keine Allgemeinsyphilis folgt, höchstens dasselbe noch, in sehr schleichender Weise, erst nach Tagen oder Wochen, in die unmittelbar angrenzende Lymphgefässbahn und in die entsprechende nächste Drüsengruppe, niemals aber über diese hinaus sich verbreitet.

Es liegt also auf der Hand, dass man die Möglichkeit einer Amovirung des Schankercontagiums und seines Effectes, des Schankers, innerhalb der ersten Zeit seines Bestandes zugeben muss.

In dieser Beziehung nun will ich die auch von Boeck in seinem citirten Werke pag. 2 angeführten Worte Ricord's hier vorbringen: „Immer," sagt Ricord, „wenn ich die giftige Schankermaterie gemischt mit Alkali oder einer etwas concentrirten Säure inoculirt habe, hat die Inoculation ein negatives Resultat ergeben, da chemische Substanzen das Gift zersetzen, nicht weil sie irgend welche specifische Wirkung darauf haben, sondern vermöge ihrer allgemeinen Zersetzungsfähigkeiten . . . . . . Aber wenn man diese Substanzen auch als prophylaktisch bei ihrer Wirkung vor der Inoculation betrachten kann, so ist es doch sicher, dass diese Wirkung nur stattfindet, wenn die Mischung vor der Inoculation vorgenommen wurde. Denn von dem Augenblicke an, wo die giftige Materie in den Organismus (richtiger in das Gewebe — Verf.) eingedrungen ist, wird, falls man sie nicht durch Cauterisation, die tiefer als die Inoculationsstiche eindringt, zersetzen kann, keine Neutralisation stattfinden, sondern sich der Schanker entwickeln."

Und so ist es auch thatsächlich. Es ist keine Frage, dass man in den ersten Tagen, ja für viele Schanker auch noch im spätern Verlaufe, ich möchte sagen zu jeder Zeit des Verlaufes, einen jeden Schanker eliminiren kann, wofern man das von dem Schankergifte

evident inficirte Gewebe, das ist also den zweifellos geschwürigen Theil und noch eine entsprechende Zone des Rand- und Grundgewebes, eliminirt. Man kann dies durch Excision oder durch Cauterisation bewirken. Kein erfahrener Praktiker wird in Abrede stellen, dass ein anatomisch für diesen Zweck günstig situirter Schanker, z. B. am freien Theile des Präputiums, mit der Entfernung des letzteren selbst beseitigt ist und die zurückbleibende Wunde als normale Wunde verheilt per primam intentionem oder mittelst Eiterung, ohne wieder eine schankeröse Beschaffenheit anzunehmen, woferne nicht neuerdings Schankereiter auf die Wunde gebracht wird, oder bereits ein hinter der Eliminationslinie gelegenes Lymphgefäss von dem Schankereiter inficirt war.

Da aber eine gesunde Wunde einen durchschnittlich bestimmbaren Verlaufstermin, keine schädliche Wirkung auf die Drüsen, der Schanker aber einen unbestimmt langen Verlauf und namentlich eventuell Bubonen von gar nicht bestimmbarer Verlaufsweise zur Folge haben kann, so müsste man akademisch auf alle Fälle für eine möglichst rasche Elimination der weichen Schanker plaidiren. Auf keinen Fall wäre gegen einen solchen Versuch a priori etwas einzuwenden. Nur die praktischen Verhältnisse legen der Ausführung einer solchen Abortivmaassregel so grosse Beschränkungen auf, dass man selbst als Partisane der Abortivmethode nicht gar häufig in die Lage kommt, sie anzuwenden.

§. 74. Wie aus den vorausgehenden Andeutungen erhellt, muss die Eliminationslinie um ein Bedeutendes den Rayon des Schankers übertreffen, darf also dieser selbst mit seinem Contagium nicht in bedeutende Tiefe gedrungen sein und soll auf die zurückbleibende Wunde keine frische Infection stattfinden können. Es werden daher nur Schanker von kurzem Bestande sich im Allgemeinen für die Abortivmethode eignen. Es muss weiter die Methode der Elimination eine sehr ausgiebige sein, also Excision, oder allseitig tief und gleichmässig wirkende Aetzung und es müssen alle vorhandenen Schanker dieser Methode zugänglich sein, weil sonst von einem einzig übrig gebliebenen Schanker alle rückbleibenden Wunden neuerdings inficirt, demnach ebenso viele neue Schanker creirt würden.

Vorausgesetzt nun, dass alle diese Bedingungen auch erfüllt werden, kann im besten Falle doch nur die Garantie von der Therapie geleistet werden, dass der Schanker als solcher amovirt ist, niemals aber, dass mit der Beseitigung des Schankers keine Bubonen mehr eintreten können und niemals, dass die Syphilis ausbleiben müsse.

Die Erfahrung hat nämlich gelehrt, dass auch nach gut cauterisirten Schankern Drüsenvereiterung sich einstellt, dass nach Excision von weichen Schankern die zurückbleibende Narbe sclerosirte und dass darnach Allgemeinsyphilis eintrat.

Da demnach der Arzt in praxi bei diesen geringen Chancen dem Kranken gegenüber in einer wenig günstigen Lage sich befindet, indem er trotz des ziemlich eingreifenden Verfahrens in keiner Richtung für den Erfolg einstehen kann; da ferner es sogar nicht verhindert werden kann, dass nach der geläufigen Vorstellung die mit jeder Aetzung verbundene Entzündungssteigerung als Ursache eines allenfalls folgenden Bubo beschuldigt wird; da gar nicht selten Excisions- und

Aetzwunden zu ihrem Verlaufe ebenso lange brauchen wie Schanker, Schmerz und Unannehmlichkeit bei den letzteren jedenfalls eminenter, als willkürlich zugefügte, auch moralisch beunruhigender sind; endlich bei der Multiplicität der weichen Schanker und der ungünstigen anatomischen Situation mancher, z. B. im Sulcus coronarius, auf der Glans, in der Harnröhre, auf der Mundlippe u. s. f. von einer Excision, oder genügend energischen, oder alle Schanker zugleich treffenden Cauterisation keine Rede sein kann, so ist es begreiflich, dass von der so erwünschten Abortivmethode im Grossen und Ganzen nur wenig Gebrauch gemacht wird.

Abortivbehandlung des harten Schankers, resp. der Sclerose.

§. 75. Man weiss, dass mit dem Auftauchen der Sclerose am Rande und Grunde des Schankers seine prognostische Bedeutung eine höchst ungünstige für den Organismus ist, denn es steht Allgemeinsyphilis zu erwarten; und es ist weiter bekannt, dass die Sclerose bisweilen schon am vierten Tage nach erfolgter Ansteckung, im Allgemeinen im Verlauf der 2.—3. Woche zu Stande kommt.

Für die Anhänger der deutschen Dualitätslehre nun hat mit der Anwesenheit einer Sclerose jede Abortivbehandlung ihre Berechtigung verloren, denn nach ihrer Anschauung ist ja die Sclerose nicht von der Bedeutung eines Initialaffectes, von welchem aus das syphilitische Contagium erst resorbirt werden könnte, sondern dieselbe wäre ein Product, ein Symptom der bereits vollzogenen Allgemeininfection. Es hätte also die Elimination der Sclerose gar keinen Werth.

Ich will hier nur nochmals erwähnen, dass sowohl ich [1]) als Andere trotz der Anwesenheit einer typischen Sclerose das Ausbleiben von Syphilis und das allmälige Verschwinden der Induration beobachtet haben.

Wichtig für die hier ventilirte Frage sind die vielfach bereits vorliegenden Versuche über die Excision bestehender Sclerosen und ihre Resultate.

Da muss nun zugestanden werden, dass in den meisten Fällen, in welchen eine z. B. selbst ganz freiliegende Sclerose, wie am Rande des Präputiums mit einem grossen Theile der Umgebung durch das Messer eliminirt worden war, nachträglich ein in der centripetalen Lymphgefässrichtung gelegener Theil des Excisionsrandes sclerosirte und Allgemeinsyphilis auftrat, oder auch ohne neuerliche Sclerose das Letztere der Fall war.

Dagegen ist es ebenso unzweifelhaft, dass in einer immerhin ansehnlich grossen Zahl von Fällen typischer Indurationen nach der Excision des Knotens keine neuerliche Induration sich bildete und die Allgemeinsyphilis ausblieb. Für die Auffassung der Sclerose als Symptom einer bereits vorhandenen Allgemeinsyphilis sind diese Resultate geradezu von entscheidender Widerlegungskraft, für die Therapie aber ebenso von grosser Bedeutung. Denn es ist damit dargethan, dass man allerdings im Stande ist, durch Beseitigung des Indurations-

---

[1]) vid. pag. 29. Anm. 2.

knotens die Syphilis hintanzuhalten, und dass eben die Sclerose die Resorptionsquelle für das syphilitische Gift darstellt.

Es gilt aber nach den gemachten Erfahrungen, dass die Eliminationsmethode nur dann einen Erfolg erwarten lässt, wenn sie möglichst frühzeitig in Anwendung kommt und weiter, dass in einer grossen Anzahl von Fällen dieselbe unter allen Umständen selbst frühzeitig angewendet erfolglos bleibt, oder wegen der topographischen Verhältnisse überhaupt unanwendbar ist.

§. 76. Zur Excision eignen sich am meisten die am freien Rande der Vorhaut befindlichen Schanker. Ob die Excision in einem Ausschälen des betreffenden Schankerherdes oder der Sclerose, oder einem Abkappen mittelst der Scheere, in Excision eines Theiles des Präputiums in Gestalt eines dreieckigen, mit der Spitze nach hinten gerichteten Lappens, das beide Lamellen der Vorhaut betrifft, oder eine vollständige Circumcision vorgenommen werden soll, muss nach dem speciellen Falle ermessen werden.

Die Aetzungen sind auf allen Territorien anwendbar. Sollen sie ihren Zweck erfüllen, müssen sie mit entsprechender Energie vorgenommen werden und einen möglichst beträchtlichen Theil des umgebenden Gewebes mit zerstören.

Ich kann nicht anrathen, irgend eines der weniger verlässlichen, aber sonst anempfohlenen Mittel, wie concentrirte Lapislösung, Salpetersäure, Glüheisen, Kupferlösung, Antimonbutter, Kreosot, Chlorzinkstift u. s. w. zu diesem Zwecke zu verwenden, sondern nur Lapis en crayon und Kalistab oder dem Lapis causticus das Wort reden. Doch müssen diese selbst in entsprechender Weise angewendet, das heisst mit solcher Energie angesetzt in die Tiefe gebohrt und allseitig dem Rande und Grunde entsprechend so genügende Zeit herumgeführt werden, dass sichtlich das ganze Schankergeschwür und ein Theil der umgebenden Gewebe zu einem Brei zermalmt und verschorft wird. Auch dann noch ist, wie schon früher erwähnt worden, der Erfolg noch immer nicht garantirt. Es kann noch immer nach Abstossung des Schorfes die zurückbleibende Wunde schankerös werden, nur dass man hernach ein um so grösseres Schankergeschwür vor sich haben wird, als mittelst der Aetzung ein grösserer Substanzverlust gesetzt worden; und vollends kann noch nachträglich eine Sclerose sich bilden.

Immerhin ist der Versuch zu einer wie geschildert abortiven Behandlung eines wie immer gearteten Primäraffectes, sei es eines bereits typisch entwickelten Schankergeschwüres, einer Sclerose, noch mehr aber der wenig charakteristisch entwickelten, in einem verdächtigen Coitus erworbenen Läsionen der Haut und Schleimhäute, Excoriationen, Pusteln u. s. w. angezeigt. Im Grossen und Ganzen gilt dies jedoch nur für die allerersten Tage nach dem betreffenden Coitus. In einem späteren Zeitraume kann die Eliminationsmethode immer noch angewendet werden und für den weichen Schanker sogar immer noch mit gutem Resultat, für die Sclerose jedoch mit um so geringeren Chancen, je mehr man bereits in die dritte Woche post coitum angelangt ist.

Alle diese Methoden sind wenig Erfolg versprechend, wenn die Situation der Schanker eine solche ist, dass die Elimination der letzteren

nur unvollkommen geschehen kann, oder wenn von derselben nicht alle vorhandenen Schanker gleichzeitig und in genügender Vollkommenheit getroffen werden können. Denn in dem letztern Falle ist die neuerliche Infection der Operationswunde durch zurückgebliebene Schankerreste fast unvermeidlich und demnach der Gewinn ganz illusorisch.

Das Letztere bezieht sich speciell auf Schanker im Bereiche der Kranzfurche und der Eichel. Es ist nämlich die Frage vielfach ventilirt, ob bei einem solchen Sitze der Schanker, namentlich bei gleichzeitiger Phimosis, angeborener oder erworbener, des Präputiums eine Incision oder Circumcision zweckentsprechend wäre.

Man glaubt durch diese Eingriffe einmal in der Lage zu sein, die Schanker mit einem Schlage vollständig zu amoviren, oder wenigstens den entsprechenden Verband- und Heilmitteln Zugang zu den in der Kranzfurche und auf der Eichel befindlichen Schankern zu ermöglichen. In dieser Allgemeinheit lässt sich die Frage nicht gut beantworten.

Es ist nicht in Abrede zu stellen, dass in manchen Fällen das Operationsverfahren seine Berechtigung hat. Doch müssen diese präcisirt werden, weil ich keineswegs der Ansicht bin, dass die Circumcision oder Incision so oft zweckmässig oder nothwendig sei, als dies von manchen andern Klinikern angenommen und dem entsprechend auch geübt wird. Vorerst wird es aber zweckmässig sein, einige Worte über die Methode der Operation selbst vorzubringen.

Methode der Incision des Präputiums.

§. 77. Man führt eine Hohlsonde durch die Mündung der Vorhaut auf der Rückenfläche des Gliedes zwischen Vorhaut und Glans ein, bis man die Spitze des Instrumentes in der hinteren Furche gehemmt fühlt. Sodann fährt man mit der Sonde nach rechts und links um die Glans herum, wobei man selbstverständlich grosse Excursionen zu machen im Stande ist und nur an der untern Medianlinie, an dem Bändchen aufgehalten wird. Diese Manipulation ist aus dem Grunde nothwendig, weil man nur so sich überzeugt, dass die Sonde thatsächlich zwischen Präputium und Glans sich befindet und nicht in der Harnröhre, eine Verirrung, welche bei einem stark überhängenden phimotischen Präputium immerhin möglich wäre. Vorausgesetzt also, dass die Hohlsonde mit der Furche nach oben richtig eingebracht und auf der Rückenfläche der Glans im Sulcus coronarius fixirt ist, zieht der Operateur oder der Gehülfe das äussere Integument des Penis soweit als möglich zurück, damit durch den Schnitt von der äusseren Lamelle der Vorhaut nicht viel mehr durchspalten werde, als die Länge des innern Blattes beträgt. Mit der zurückgezogenen, seitlich niedergedrückten Haut fixirt, wird die Sonde am Griffende nach unten gedrückt, so dass die Spitze das Präputium vor sich her sichtbar drängt. Hierauf wird das Spitzbistouri eingeführt, am Sondenende durchgestochen und von rück- nach vorwärts durchgeführt. Da bei der schiefen Stellung des Instrumentes das innere Blatt 2—4 Mm. vor seiner Insertion am hinteren Furchenrande durchstochen worden war, so wird noch dieser hintere Rest des innern Blattes mittels der Scheere gespalten. Die dreieckig auseinander klaffenden Wundränder,

aus dem äusseren und inneren Blatte bestehend, werden durch 2—3 Nähte vereinigt, ebenso die beiden Blätter am hintern Wundwinkel und es kann, woferne keine Infection der Wunde stattfindet, die Heilung per primam erfolgen.

Methode der Circumcision des Präputiums.

§. 78. Die chirurgische Circumcision wird wesentlich anders geübt, als die bei den Anhängern des Islam und speciell bei den Juden übliche rituelle Circumcision.

Bei der letzteren wird das Präputium nach vorne gezogen. Dies geschieht aber nur scheinbar. Thatsächlich kann das innere Blatt gar nicht vorgezogen werden, da ja dasselbe an dem hinteren Rande der Kranzfurche fixirt ist. Vorgezogen wird nur das äussere Integument des Penis, so dass die nunmehrige Umschlagstelle des vorgezogenen Präputiums nicht auch die natürliche Umschlagstelle desselben ist, sondern die letztere innerhalb des Trichters auf ihrem ursprünglichen Platze verbleibt. Nun fasst der sogenannte Operateur den vor der Glans befindlichen Präputialtheil und klemmt ihn mittelst einer Klemme von der in der Tiefe liegenden Eichel ab. Hierauf kappt er mittelst eines zweischneidigen Messers den vor der Klemme befindlichen Präputialtheil, mit den Fingerspitzen ihn abziehend, in einem Zuge ab. War nun das Präputium von Haus aus länger als die Eichel, dann wird allerdings auch der anatomische Präputialring damit entfernt worden sein. Jedenfalls bleibt auch da der Rest der inneren Lamelle als geschlossene Scheide um die Eichel zurück, während das äussere Integument zurückschnellt und das verbindende subcutane Bindegewebe zu Tage liegt. Nun reisst der Operirende mittelst der Daumennägel die durch das innere Blatt der Vorhaut gebildete Scheide vom Rande her bis an ihre Anheftungsstelle ein. Bei dieser Gelegenheit geschieht es, namentlich wenn wegen Derbheit des innern Blattes eine grössere Gewalt angewendet werden musste, dass der Riss bis in's Corpus cavernosum zu Stande kommt. Dies sind die Fälle, welche zu den intensiven und bisweilen lethalen Blutungen derart circumscindirter Neugeborener Veranlassung geben. War aber das Präputium von Haus aus kürzer, als die Eichel, dann trifft der erwähnte Schnitt nicht einmal den Präputialring und der Operirende ist gezwungen, nachträglich sogar den Präputialring selbst einzureissen, was selbstverständlich nur mit Aufwand von roher Kraft ausgeführt werden kann.

Die chirurgische Circumcision wird anders ausgeführt. Vorerst wird die Incision gemacht in der Weise, wie dies weiter oben beschrieben worden. Hierauf wird das Bändchen von dem innern Blatte der Vorhaut abgelöst. Dies geschieht in der Weise, dass die Cooper'sche Scheere mit der Concavität gegen die Eichel und die convexe Seite möglichst fest an die Vorhaut angedrückt und von der Eichel entfernt vom vordern Rande des Bändchens her eindringt. Indem man hiebei möglichst von der der Eichel zugekehrten Seite des Bändchens sich ferne hält, weicht man einer Verletzung der Arteria frenuli am besten aus.

Ist das Bändchen losgelöst, kann man mit dem Finger oder der Sonde auch an der unteren Fläche der Glans frei vorbeipassiren. Nun wird die Krummscheere von dem hinteren Winkel der Incisions-

wunde einmal nach rechts, einmal nach links angesetzt und bis an die untere Medianlinie durchgeführt, womit das Präputium eben ringsum abgekappt ist. Selbstverständlich wird hiebei die äussere Lamelle möglichst zurückgezogen, damit von ihr nicht unnöthig viel mitgenommen werde. Aeusseres und inneres Blatt des ringsumlaufenden Wundrandes werden nun an 5—6 Stellen durch Nähte vereinigt.

Indication für die Incision und Circumcision.

§. 79. Angezeigt erachte ich die Circumcision oder Incision nur in dem Falle, als erstens zweifellos nur auf dem durch die Operation vollständig abtragbaren Theile der Vorhaut Schanker vorhanden sind, und eine Abortivmethode bezweckt wird. Sobald zweifellos auch auf der Eichel, in der Kranzfurche und an dem hier angrenzenden Theile des inneren Blattes Schanker vorhanden sind, hat die Operation gar keinen Zweck, weil nachträglich sicher die ganze Operationswunde binnen 24 Stunden in einen einzigen Schanker verwandelt wird.

Zweitens, zu curativen Zwecken nur, wenn Gangrän des Präputiums droht oder begonnen hat und mit der Operation die Gangrän entfernt werden kann.

Drittens, wenn von Seite eines auf der innern Lamelle befindlichen Schankers an einer oder mehreren Stellen Perforation der Präputialwand bevorsteht, weil hierauf sehr leicht Gangrän eintritt und selbst im Falle der spätern Heilung ein gefenstertes Präputium schliesslich weniger ästhetisch erscheint als der Verlust desselben.

Viertens, wenn nachweislich ein tiefgreifender Schanker der Harnröhrenmündung vorhanden ist, weil man nur mittelst Circumcision den zur Verhütung oder zur Behandlung der nachfolgenden Strictur der Urethralmündung nothwendigen Verfahrungsweisen den Weg eröffnet.

Die Anwesenheit von noch so vielen Schankern der Eichel, der Kranzfurche, des inneren Vorhautblattes als solche mit oder ohne Sclerose des Präputialrandes ist keine nothwendige Indication für die Circumcision. Wir werden sehen, dass eine Behandlung dieser Geschwüre auch bei phimotischem Präputium ganz gut möglich ist und die Heilung durchschnittlich in nicht längerem Zeitraume erfolgt als bei zurückziehbarer Vorhaut.

Ist übrigens die Phimosis nicht angeboren, so besitzen wir ganz verlässliche Mittel, durch welche die Erweiterung des Präputialringes und die Zugänglichkeit der abgeschlossenen Theile auf unschmerzhafte Weise binnen kurzer Zeit ermöglicht wird.

Medicamentöse Behandlung der weichen Schanker.

Allgemeine Indication.

§. 80. Da die örtliche Gefahr der schankerösen Erkrankung in erster Reihe durch die Contagiosität der Affection gegeben ist, indem überall, wo der Schankereiter eine excoriirte Hautstelle trifft, mit Sicherheit die Entstehung eines neuen Schankers, demnach eine Multi-

plication des Uebels und aller mit demselben zusammenhängenden örtlichen und unmittelbaren Folgeerscheinungen gegeben ist, so folgt als erste Indication für die zweckmässige Behandlung der Schanker im Allgemeinen, dass die noch gesunden Hautstellen vor Maceration und der Berührung mit dem Schankereiter möglichst vollkommen geschützt werden.

Da der Schanker überdies einen typischen Verlauf hat, demgemäss derselbe durchschnittlich innerhalb der Frist von mehreren Wochen auch ohne alle medicamentöse Beeinflussung sein Destructionsstadium beendigt und in eine normale Wunde sich umwandelt, ist es begreiflich, dass man die Schanker auch mittelst ganz indifferenter Deckmittel, z. B. trockener Charpie, Bruns'scher Wolle, Salicyl-, Carbolwatte u. A. behandeln und heilen kann, wenn dieses Deckmittel nur in der Weise sorgfältig applicirt wird, dass durch dasselbe die neuerliche Contagion nachbarlicher Hautstellen und die Entstehung neuer Schanker verhütet wird.

Ein solches, die nachbarlichen Hautstellen schützendes Verfahren ist speciell an den Oertlichkeiten nothwendig, wo zwei Hautflächen in häufigen Contact mit einander kommen, also z. B. zwischen Präputium und Glans, unterer Fläche des Penis und Scrotalhaut oder den weiblichen Labien, den Backenfalten u. s. f. Es genügt, wie ich dies schon des Versuches halber durchgeführt habe, z. B. bei der Anwesenheit zahlreicher, etwa 20 weicher Schanker an der innern Fläche je eines grossen Labiums die rasche Heilung aller dieser Schankergeschwüre einzig und allein dadurch zu erzielen, dass die beiden Labialflächen mittelst eingelegter und fleissig gewechselter trockener Charpie oder Bruns'scher Wolle, welche zugleich den Eiter aufsaugt, vor dem gegenseitigen Contact geschützt werden.

Auch das Eintrocknen des Geschwürssecretes zu verhüten, gehört zu den Hauptindicationen der Schankerbehandlung, weil durch die gebildete Kruste der in der Tiefe secernirte Eiter abgeschlossen zu einer örtlichen Entzündung, demnach auch leichter zu Lymphangioitis und Adenitis Veranlassung gibt. Darum entsprechen auch von den später anzuführenden im eigentlichen Sinne medicamentösen Deck- und Verbandmitteln diejenigen am allerbesten, welche, abgesehen von ihrer für den Moment berechneten speciellen Wirkung, diesen allgemeinen Indicationen am besten genügen, das ist: den Contact des Geschwürs mit den gegenüberliegenden Hautflächen unmöglich machen, das Verstreichen des Schankereiters auf nachbarliche Partien sowie das Eintrocknen desselben zu Krusten möglichst verhüten.

Dass mit Rücksicht auf die hohe Ansteckungsfähigkeit der Schanker die grösste Sorgfalt auf die mechanische Entfernung des Schankereiters durch häufiges Abspülen, Abtupfen und Reinigen und die grösste Achtsamkeit gegenüber der Gefahr der Uebertragung des Schankereiters auf die hantierenden Finger oder mittels der Instrumente auf sich selbst und Andere an den Tag gelegt werden muss, ist selbstverständlich.

Im Allgemeinen werden die angedeuteten Indicationen am besten erfüllt durch den Pflasterverband. Ein solcher bietet ausserordentliche Vortheile. Ein Pflaster klebt erstens als solches und braucht keinen zweiten dasselbe befestigenden Verband. Es schützt durch

seine geringe Permeabilität und seine Unverschiebbarkeit das Durchdringen des Schankereiters auf gegenüberliegende Hautstellen und ist demnach ein sehr gutes Separationsmittel. Und es macht endlich die Bildung von Krusten unmöglich.

Weniger zweckmässig sind Medicamente in Salbenform, weil mit Salbe bestrichene Leinwandflecke sich leicht verrücken und dadurch alle die genannten Nachtheile, die das Medicament verhüten soll, herbeiführen, überdies noch die Unbequemlichkeit involviren, dass sie eines secundären Befestigungsverbandes bedürfen.

Noch weniger günstig sind medicamentöse Flüssigkeiten, ob mit oder ohne Charpie, Baumwolle etc. applicirt, weil die Flüssigkeit rasch verdampft, demnach der Eiter leicht zu Borken eintrocknet und die mit Borkenbildung verbundenen Unzukömmlichkeiten denselben anhaften.

Dennoch kann man weder des einen, noch des andern Mittels entrathen, weil namentlich nach den eigenthümlichen Localisationen die Medicamente eben nur in einer oder der andern der erwähnten Formen am zweckmässigsten in Anwendung zu bringen sind, oder auch durch den besonderen Charakter des Geschwürs das eine oder das andere sich besser empfiehlt.

Specielle Indicationen und Medicamente.

§. 81. Was nun diese Medicamente selbst anbelangt, so herrscht unter den praktischen Aerzten ziemlich allgemein eine gewisse Unschlüssigkeit in der Wahl derselben. Es ist darum gut, sich gegenwärtig zu halten, dass wir überhaupt nicht in dem Besitze eines gegen Schanker specifisch wirkenden Mittels sind, das heisst eines solchen, welches den physiologischen Verlauf des Schankers, speciell seines Stadium destructionis, auffallend rasch abzukürzen vermöchte.

Die uns zu Gebote stehenden Arzneistoffe und die Methoden ihrer Anwendung sind ganz und gar dieselben, welche die allgemeine Chirurgie für die Behandlung der Geschwüre empfiehlt. Es hängt von dem speciellen Falle ab, von der Erfahrung und dem Urtheile des behandelnden Arztes, ob das eine oder das andere desselben in Anwendung gebracht werde.

Im Allgemeinen sind es leicht ätzende Mittel, wie Silbersalpeter in schwacher Lösung (0.10:40.0 Aqua dest.), Cuprum aceticum (0.10—0.50 ad 40 Aqua dest.), Sulfas Cupri (0.10—0.50 ad 40.0 Aqua dest.), Alum. crud. (0.20—0.50 ad 40.0 Aqua dest.), Kali causticum (0.1 ad 50 Aqua dest.).

Aromatische Tincturen und Wässer von Myrrha, Rheum, Ratanhia; Aqua vulneraria Thedeni, Campheremulsion, Tinctura Opii, Kali hypermang. (0.1:40 A. d.), Acid. carbol. (0.1:20 Aqua dest. oder Acid. carbol. 5.00 ad Ol. oliv. 40.00.

In Salbenform der rothe und weisse Präcipitat, die vorgenannten Zink, Alaun, Cuprum, Nitras Argenti, mit Axungia porci oder Unguentum emolliens, Ungu. Elemi, Ungu. Glycerini (0.1—0.35 ad 10—20.00 Unguent.).

Von Pflastern kann ich eines für die Behandlung der Schanker ein für allemal auf's beste empfehlen, das ist ein gleichmässig auf

Leinwand aufgestrichenes, nicht oxydirtes, gut klebendes Emplastrum hydrargyri.

Ich will hier nicht erörtern, ob dem Quecksilbergehalt des Emplastrum hydrargyri eine besondere therapeutische Wirkung auf die weichen Schanker zukömmt.

Von den anderen, schon erwähnten Quecksilberpräparaten, welche in Salbenform applicirt werden, ist gewiss nur insoweit eine Wirkung zu erwarten, als sie leicht ätzend oder irritirend wirken. Sicher ist nur, dass der Erfolg des Emplastrum hydrargyri bei Behandlung weicher Schanker ein ganz auffallender ist und ich möchte selbst jenen Aerzten die möglichst fleissige Verwendung desselben anrathen, welche in den weichen Schankern etwas von der Syphilis absolut Unabhängiges sehen, da es sich hier nur um die Thatsache des meist überraschend günstigen Effectes und nicht um das Wie der Wirkung handelt.

Ueberdies erfüllt das graue Pflaster am besten alle die Anforderungen bezüglich der oben angeführten allgemeinen Indicationen der Behandlung. Dasselbe klebt sehr gut, braucht nicht weiter befestigt zu werden, verschiebt sich nicht, schützt die Umgebung vor Besudelung mit Schankereiter und Autoinoculation, verhütet die Borkenbildung und ihre Consequenzen, ist ausserordentlich handsam auch für ambulante Kranke, die ohne viele Belästigung einen Pflasterstreifen auf Ceratpapier bei sich tragen und selbst fern von ihrer Behausung mitten in ihrer Berufsbeschäftigung sehr leicht Gelegenheit finden können, den alten Verband zu beseitigen und durch einen neuen zu ersetzen. Es vermindert auffallend die bei leicht sich verschiebenden Verbänden unvermeidliche Friction von Seite der beschmutzten und steif gewordenen Leibwäsche, wie auch die absolute Schmerzhaftigkeit der Schanker, so dass die Kranken, die nach andern Methoden Wochen lang behandelt und gequält worden, unmittelbar nach Application des Pflasterverbandes sich zu ihrer grössten Freude bedeutend erleichtert und von ihren Schmerzen befreit, in einer ganz bequemen Situation befinden. Endlich übt dasselbe auch noch durch sein Festhaften einen gleichmässigen Druck aus, so dass die rasch emporschiessenden Granulationen von dem Ueberwuchern über den Geschwürsrand abgehalten und der normale Gang der Uebernarbung von den Rändern her vor Störungen geschützt ist.

Am Schafte des Penis befindliche Schanker werden auf die Weise damit bedeckt, dass ein 2—3 Ctm. breiter, 25—30 Ctm. langer Streifen zunächst mit einem Ende auf die Schankerfläche gedrückt und dann mit dem Rest wie eine Bindenrolle um das betreffende Glied herumgeführt und mit dem andern Ende in sich selbst abgeschlossen wird. Selbst auf der Eichel und der inneren Fläche des Präputiums befindliche Schanker können auf diese Weise ganz gut behandelt werden, woferne die Vorhaut leicht zurückgebracht werden kann und nicht wegen etwaiger Enge des Vorhautringes Paraphimosis zu befürchten ist.

Bei tief greifenden Geschwüren ist es wohl besser, deren Grube mittels Charpie oder Verbandwolle auszufüllen, die mit einem der genannten Flüssigkeiten oder Salben armirt worden war, oder Jodoformpulver aufzustreuen, worauf die Befestigung des Verbandes nach Umständen mittels Guttapercha, oder Leinwand und Heftpflasterstreifen, oder mittels Emplastrum hydrargyri u. s. w. bewerkstelligt wird.

Wann, wie, unter welchen Umständen eine dünnere oder concentrirtere Lösung, eine mehr ätzende Application, oder ein indifferenter Verband angewendet werden soll, dies muss dem Urtheile des behandelnden Arztes anheimgestellt werden. Ebenso wenig bedarf es einer Erörterung bezüglich der Ueberwachung der Granulations- und Narbenbildung, deren Methode aus der allgemeinen Chirurgie bekannt ist.

Nur bezüglich einzelner Localisationen und Formen der Schanker wären noch einige aus unserer und anderer Kliniker Erfahrung geschöpfte Indicationen anzufügen.

§. 82. So vorerst bezüglich der Behandlung der innerhalb einer phimotischen Vorhaut befindlichen Schanker. Weiter oben sind schon die Bedingungen auseinandergesetzt worden, unter welchen eine Circumcision angezeigt ist und es wurde dargethan, dass eine solche sehr häufig unausführbar, oder contraindicirt ist. Für diesen Fall versucht man zunächst durch Einführen von Pressschwammstückchen in den Präputialring diesen zu erweitern, was oft binnen wenigen Stunden gelingt. Ist es nun ermöglicht die Vorhaut zurückzuziehen, so wird die Behandlung wie bei offenen Schankern geführt. Ist die Zurückführung jedoch nicht möglich, wie namentlich bei angeborener Phimosis, so beschränkt man sich zunächst auf Anwendung der durch die Allgemeinindicationen gegebenen Verfahrungsweisen. Der innerhalb des Präputialraumes befindliche Schankereiter wird durch häufige und kräftige Einspritzungen von reinem Wasser oder $^1/_2$ % Carbolwasser, Kali chloricum-Lösung (1 : 200), in den Präputialraum nach aussen befördert. Man kann nach erfolgter Reinigung sogar eine etwas ätzende Flüssigkeit, z. B. Kali causticum 0.1 : 100 A. d. in den Präputialsack einspritzen und dies 2—3mal des Tages wiederholen; oder Lapislösung (0.05 : 50 Aqu. dest.), die aber wegen des heftigen Brennens und Beschmutzens der Wäsche weniger zweckmässig ist; oder eine Kupferlösung (Cupri acet. 0.05, Aqu. dest. 50), die aus gleichen Ursachen weniger rathsam. Bei allen diesen Injectionen muss die Spritze sorgfältig in den Präputialraum gebracht werden und der Arzt überzeugt sein, dass die Einspritzung nicht in die Harnröhre gemacht wird.

Sehr zweckmässig ist es weiter, mit Medicamenten versehene Charpie mittels Sonde in den Raum zwischen Präputium und Glans zu schieben und so die beiden Hautflächen nicht blos von einander fern zu halten und damit die fortwährende gegenseitige Contagion, sondern auch die narbige Verwachsung beider Flächen zu verhüten. Mit Ausnahme der wenigen Fälle, in welchen es zu Gangrän oder gefensterter Perforation des Präputiums von innen her kommt, erfolgt die Heilung bei diesem Verfahren selbst bei phimotischer Vorhaut in der Regel innerhalb des durchschnittlichen Zeitraumes von 6 Wochen bis 2 Monaten.

Schanker an der Harnröhrenmündung und der angrenzenden Harnröhrenschleimhaut sind sehr schmerzhaft und wegen der häufigen Bespülung mit Harn, der reichen Schleimsecretion der normalen Harnröhrenschleimhaut und der eigenthümlichen Oertlichkeit sehr schwer mit irgend einem Medicamente in innigen und dauernden Contact zu bringen und zu isoliren.

Es bleibt nichts übrig, als ebenfalls häufige Einspritzungen von

Wasser, indifferenten, oder sogenannt desinficirenden, oder leicht ätzenden Flüssigkeiten zu machen: Oleum olivarum, Carbolöl, Zink- und Alaunlösung etc., deren Eintritt in die hinteren Harnröhrenpartien man jedoch durch Zusammendrücken des Harnröhrenlumens mittels des hinter der Schankerwunde fest angedrückten Daumens und Zeigefingers zu verhüten trachtet.

Nach erfolgter Reinigung führt man aus geordneter Charpie gedrehte Wiecken ein, welche mit medicamentösen Salben, Kupfer, Lapis, Präcipitat beschmiert worden sind. Letztere Medicamente werden im Allgemeinen um so concentrirter genommen, je indolenter und träger der Verlauf sich gestaltet, z. B.:

Rp.
Cupri acet. 0.15
Ung. elem. 10.0

oder Rp.
Nitr. arg. cryst. 0.15
Ung. emoll. 15.0.

Bei sehr schmerzhaftem Urethralschanker wird es vielleicht für einige Zeit sich am zweckmässigsten erweisen, mit Oleum olivarum getränkte, oder in mit etwas Carbolsäure gemischtem Olivenöl getränkte Charpiewiecken einzuführen.

Auch hier ist die Behandlung mittelst Emplastrum hydrargyri sehr handsam und von guter Wirkung. Man rollt um eine Charpiewiecke von etwa 4—6 Ctm. Länge ein mit der bestrichenen Seite nach aussen gewendetes Stückchen Emplastrum hydrargyri, rollt dieses etwas schief, so dass es nach der einen Seite mehr spitz zuläuft, verstreicht das Pflaster an den Rändern der Windungen und drückt das andere Ende etwas breit, so dass das ganze wie ein Nagel sich ansieht. Nun wird die Spitze ein wenig beölt, die Bougie in die Harnröhre eingeschoben und dort stundenlang gelassen. Das Hineinschlüpfen des Zäpfchens verhütet man mittels eines durch seinen Kopf laufenden Zwirnfadens, dessen Enden rücklaufend am Penisschafte mittels Heftpflaster fixirt worden.

Von allen Arten der Behandlung der im vorderen Abschnitte der Harnröhre gelegenen Schanker ist diese wohl die bequemste und zweckmässigste. Die Schmerzen sind dabei sehr gering und die Heilung geht relativ gleichmässig vor sich. Nur muss man wissen, dass ein solcher Schanker zu seinem Verlaufe überhaupt 3—5 Monate braucht. Endlich wirkt dieser Pflasterzapfen, der Tag und Nacht in der Harnröhre unterhalten wird, auch in dem Sinne günstig, dass er durch den ausgeübten Druck der Schrumpfung der jungen Narbe entgegenwirkt und eine Strictur verhütet.

Am wenigsten kann ein in der Tiefe der Harnröhre befindlicher Schanker direct durch Medicamente beeinflusst werden. Fleissiges Ausspülen mittels indifferenter oder leicht ätzender Injectionen, allenfalls zeitweiliges Einführen von ätzenden Salben (rothe, weisse Präci-

pitat, Cupr. aceticum, Nitras argenti etc.) mittels Bougie oder Porte-remède und ähnliches muss abwechselnd zur Anwendung kommen.

§. 83. Schwierig erweist sich die Behandlung der Schanker an den weiblichen Genitalien. Denn hier sind die Allgemeinindicationen, die Isolirung der Schanker, die Verhütung ihres Contactes mit nachbarlichen Hautstellen und der Bespülung der Umgebung, die Fixirung von Medicamenten und Medicamententrägern ausserordentlich schwer durchzuführen. Darum greifen auch erfahrungsgemäss die bei Weibern im Allgemeinen ziemlich seltenen Schanker an gewissen Oertlichkeiten ihrer Genitalien sehr gerne in die Tiefe, vermehren sich dieselben oft in erstaunlicher Zahl durch Autoinoculation und führen sie oft zu bedeutendem gangränösen Zerfall.

Noch schwieriger selbstverständlich ist die Behandlung der an der Vaginalschleimhaut und auf der Portio vaginalis befindlichen Schanker. Ich kann nicht anrathen, dass an solchen Oertlichkeiten, wo die directe und continuirliche Application von Salben und medicamentösen Flüssigkeiten nicht gut möglich ist, eine eingreifende Aetzung vorgenommen werde, gleichsam als Ersatz für den Mangel einer anders durchführbaren Therapie. Solche durch nichts weiter indicirte Aetzungen erweisen sich in der Regel als schädlich. Nach Abfallen des Schorfes hat man meist ein um so grösseres Schankergeschwür vor sich. Der Nachtheil der Unmöglichkeit, irgend welche Medicamente genau auf die Schankerstellen fixiren zu können, ist, wie die Erfahrung lehrt, gar nicht so gross und durch alle diese Mittel wird der typische Verlauf des Schankers in der Regel nicht sonderlich abgekürzt. Wesentlich ist daher nur, dass der physiologische Verlauf unter möglichst günstige Bedingungen gestellt, die Absperrung des Eiters und die Entstehung neuer Schanker durch Contagion verhütet wird. Dies kann aber bei Vaginalschankern ebenso gut ausgeführt werden, indem man fleissig reinigende Einspritzungen macht und dann sorgfältig und häufig, mittels Spiegels inspicirend, zunächst die mit Medicamentenlösung getränkten Tampons auf die tiefstliegenden Geschwüre applicirt und dann methodisch Tampons in der Weise einführt, dass die Scheidenwände von einander und von der eventuell schankerösen Vaginalportion ausser Contact gehalten werden. Man wird sich überzeugen, dass unter solchen Umständen der Verlauf des Schankers ein ganz typischer und möglichst günstiger ist.

In Bezug auf die Behandlung der gangränösen und diphtheritischen Schanker verweise ich auf die den adäquaten Zuständen der Bubonen entsprechenden und später anzuführenden Behandlungsmaassregeln.

Behandlung des harten Schankers.

§. 84. So lange ein harter Schanker Charaktere der schankerösen Ulceration darbietet, ist gegen denselben das gleiche Heilverfahren anzuwenden, wie gegen die weichen Schanker. Sobald jedoch die Sclerose zu erkennen ist, möchte ich ein für allemal die alsogleiche und zwar möglichst genaue Application von Emplastrum hydrargyri-Streifen empfehlen. Die Erfahrung hat gelehrt, dass die Sclerose für

die kommende Allgemeinsyphilis von sehr grosser Bedeutung ist. Es ist immer mehr Chance für das Ausbleiben der Syphilis, wenn keine Sclerose vorhanden ist, und mehr Gefahr für Syphilis, wenn eine solche sich vorfindet. Weiter wird jeder erfahrene Praktiker zugeben, dass während des Bestandes des Schankers die Sclerose häufig Schwankungen macht. Sie scheint oft durch mehrere Tage ganz charakteristisch entwickelt, dann wieder für einige Tage weniger typisch ausgeprägt, weniger hart, kleiner, um dann wieder an charakteristischer Entwicklung zuzunehmen. Ich bin auch überzeugt, dass sie in vielen Fällen gewissermassen auf halbem Wege ihrer Bildung, da man sie beinahe schon diagnosticiren zu können glaubt, sich wieder rückbildet. Ich halte es darum nicht für eine eitel theoretische Speculation, sondern deducire im Gegentheil meine Meinung aus der klinischen Erfahrung, dass eine frühzeitige Rückbildung der Sclerose therapeutisch angestrebt zu werden verdient, weil zuweilen die Rückbildung auch spontan erfolgt und dies zumeist ein gutes Omen für das Ausbleiben der Syphilis ist.

In dieser Beziehung nun muss ich dem Emplastrum hydrargyri abermals einen glänzenden Einfluss zuschreiben. Dasselbe, gut applicirt und fest angedrückt, wirkt sowohl specifisch, wie auf andere syphilitische Infiltrate, als wie sicherlich durch den mechanischen Druck resorptionsbefördernd auf das sclerotische Gewebe. Man erfährt zu seiner grossen Befriedigung, dass die schon merkliche und zweifellos harte Basis eines Schankers unter dem Emplastrum hydrargyri wieder vollständig weich wird.

Auch nach Verheilung des Schankergeschwürs ist es nicht überflüssig, die zurückbleibende Schankersclerose durch Medicamente in dem Sinne zu beeinflussen, dass dieselbe möglichst rasch zum Schwinden gebracht werde. Die Erfahrung hat nämlich gelehrt, dass selbst in dem Falle, als bereits Erscheinungen der Allgemeinsyphilis vorhanden und mittels einer Allgemeinbehandlung zum Schwinden gebracht worden waren, das Individuum fast regelmässig eine alsbaldige Recidive bekommt, wenn nicht auch die Sclerose inzwischen geschwunden war. Ein zurückbleibender Rest der Sclerose ist in meinen Augen immer ein drohendes Symptom eines neuerlichen Syphilisausbruches. Nicht der Umfang einer Sclerose als solcher ist für die Intensität, oder Dauer der kommenden Allgemeinsyphilis massgebend, sondern zunächst der Bestand der Sclerose überhaupt.

In dieser Beziehung zeigt sich nun das Emplastrum hydrargyri in der früher erwähnten Weise methodisch applicirt, unter allen Umständen als das effectvollste.

Man kann übrigens durch zeitweilige Application von concentrirter Sublimatlösung, z. B.:

Rp.
Mercur. subl. corr. 0.50
Aquae dest.
(od. Alcohol od. Collodium) 50.0,

mit welcher man die Stelle der Sclerose betupft, die letztere excoriiren und so den Einfluss des applicirten grauen Pflasters steigern.

Therapie der Bubonen.

Behandlung der virulenten Bubonen.

§. 85. Es gibt kaum einen Krankheitsvorgang, gegen welchen so vielerlei Mittel und Verfahrungsweisen, seit urdenklichen Zeiten bis auf den heutigen Tag, empfohlen worden wären, als dies bezüglich der Bubonen der Fall ist.

Schon die grosse Zahl dieser Mittel und Methoden beweist, dass dieselben gewissermassen Bedürfniss sind, mit andern Worten, dass kein einziges derselben dem angestrebten Zwecke ein für allemal und im vollsten Maasse entspricht. Damit soll aber keineswegs gesagt werden, dass alle, oder auch nur der grösste Theil derselben werthlos sind. Im Gegentheil, wofern dieselben nur nicht mit den allgemein geltenden Sätzen der chirurgischen Behandlung in Widerspruch stehen, und zur rechten Zeit und am richtigen Platze angewendet werden, sind sie eigentlich alle von gleichem Werthe.

Es ist aber gut, in einem solchen allgemeinen Urtheile es auszusprechen, dass ihnen im angedeuteten speciellen Sinne nur ein relativer Werth zukommt, weil die meisten Autoren oder vermeintlichen Erfinder besonderer Behandlungsmethoden der Bubonen sich auf solche von ihnen speciell empfohlene Mittel und Methoden besonders viel zu gute thun, und sich den Anschein geben, als wären sie im Besitze von Verfahrungsweisen, durch welche sie im Stande wären, jederzeit einen günstigen Verlauf der Bubonen zu bewirken.

Es ist weiter zu betonen, dass keine einzige Behandlungsmethode der Bubonen bekannt ist, welche nicht schon anderweitig in der Chirurgie längst in Anwendung stünde, so dass auch in dieser Beziehung die Prätensionen mancher Autoren, neue Methoden entdeckt zu haben, in die gebührenden Schranken zurückgewiesen werden müssen. Nicht um derartigen Schriftstellern die persönliche Freude an einer vermeintlichen Leistung zu rauben, sei dies gesagt, sondern um die praktischen Aerzte von den ihre Unbefangenheit sehr leicht gefährdenden Vorstellungen ein für allemal zu befreien, als wenn es nur einzelne auserkorene Aerzte gäbe, welche sich in dem Besitz unfehlbarer Mittel zur Bubobehandlung befänden.

Ein für allemal muss es gesagt sein, dass kein einziges Mittel, keine einzige Behandlungsmethode existirt, welche gegenüber den Bubonen im Allgemeinen als günstig oder ungünstig hingestellt werden kann. Immer bezieht sich der Effect oder der Vortheil eines Mittels, oder einer Verfahrungsweise nur auf einen speciellen Fall, ein gewisses Stadium, eine besondere Oertlichkeit, eine einzelne Partie eines ganzen Buboaffectes und ist auch da noch der Erfolg, oder die Erfolglosigkeit zum grossen Theile von der Art und Weise abhängig, wie die Adenitis ursprünglich angelegt war, und von dem Verlaufe und der Verbreitungsweise, welche diese Entzündung im Bereiche der Lymphdrüsen genommen hat.

Wenn Jemand viele Hunderte von Bubonen neben einander unter denselben äusseren Verhältnissen behandelt hat, Bubonen der verschiedensten Gestaltung, Dauer, Ausbreitung und Intensität und es sich

angelegen sein liess, einzelne Methoden durch eine schematische Anwendung auf ihren Gesammtwerth zu prüfen, nicht eklektisch, da wird man zur Ueberzeugung gelangen, dass es zunächst nicht die Methode, sondern der Bubo als solcher und die Individualität ist, welche den günstigen oder ungünstigen Verlauf bis zu einem beträchtlichen Grade im Voraus bestimmen. Ich habe schon in einem früheren Kapitel erwähnt, dass es weder von der Zahl, noch von der Grösse der vorhandenen Schanker abhängt, ob überhaupt ein Bubo sich entwickelt und, wenn entstanden, welchen Grad der Ausdehnung, der Virulenz, welchen Verlauf u. s. w. ein Bubo nehmen wird.

Ebenso wichtig ist es hervorzuheben, dass von vorneherein jeder Bubo ein schlechterer ist, der von einer tiefliegenden Drüse ausgeht, oder frühzeitig einen grossen Theil der Drüsen betrifft und umgekehrt, ein Bubo, welcher zunächst nur aus einer einzelnen und oberflächlichen Drüse hervorgeht, in der Regel einen besseren Verlauf verspricht. Daraus folgt, dass auch die Behandlungsmethoden welcher Art immer in dem ersteren Falle sich in einem gewissen Sinne unwirksam erweisen, während in dem letzteren es sehr leicht möglich ist, je nach der zufällig getroffenen Wahl zu der Meinung zu gelangen, als wenn einmal einfach kalte Umschläge, ein anderesmal Bleipflaster, ein drittesmal ein Pflaster von Joduretum plumbi, einmal Jodtinctur, wieder ein anderesmal Punction, oder einfacher Compressivverband, oder ein blosses ruhiges Verhalten des Kranken, oder eine subcutane Einspritzung von Carbolsäure u. s. w. den günstigen Verlauf bewirkt hätte, während bei nüchterner Beobachtung gefolgert werden muss, dass dieser günstige Verlauf eben von Haus aus gegeben war.

Dies vorausgeschickt, gehe ich zu der Besprechung der den speciellen Indicationen entsprechenden Mittel und Behandlungsmethoden über, deren relativen Werth der Lernende und Arzt somit von vorneherein kennen muss.

§. 86. Das vom Beginne der Buboentwicklung für die Behandlung zunächst sich aufdrängende Ziel ist selbstverständlich die Bewirkung der Rückbildung des Bubo und die Verhütung seiner Suppuration. Wir sind gerade für dieses Stadium der Bubonenbehandlung überaus reich an Rathschlägen und Hülfsmitteln, aber in wie vielen Fällen von hundert das eine oder das andere der in der Litteratur empfohlenen seinen Zweck erfüllt, und ob nicht in ebenso vielen Fällen von hundert gar keine oder eine ganz indifferente Behandlung dasselbe leistet, sind die betreffenden Autoren anzugeben schuldig geblieben. Bei unbefangener Beobachtung des Vorgehens, welches erfahrene und vielbeschäftigte Aerzte in diesem Falle beobachten oder zu beobachten mit der Zeit gezwungen werden, ist es dasjenige, welches von der allgemeinen Chirurgie in jedem Falle geboten wird, wo eine acute Drüsenentzündung zu entstehen droht. Da es sich bei unserem Thema zumeist um Adenitis der Leistengegend handelt, so wird man also jedesmal in dem Momente, da durch subjective Schmerzempfindung, oder nachweisbare Schwellung, Vergrösserung, Schmerzhaftigkeit beim Druck sich die Heranbildung eines acuten Bubo ankündigt, dem Kranken Ruhe, horizontale Lage empfehlen und fleissig Antiphlogose sub forma von kalten Umschlägen anwenden. Tiefe, subfascial gelegene acute, schmerz-

hafte Drüsenanschwellungen kommen nur selten zur Rückbildung und ich habe schon geschildert, wie da die eitrige Schmelzung bereits ziemlich weit gediehen sein kann, bevor dieselbe constatirt wird, und dass man zu ihrer Kenntniss in der Regel erst kommt, wenn auch die oberflächlichen Pakete in Mitleidenschaft gezogen oder zur Eröffnung gelangt sind.

Dennoch wird man selbstverständlich unter allen Umständen die genannten Verhaltungsmaassregeln anwenden, da ja der Kranke immerhin etwas gegen seine Schmerzempfindung anzuwenden wünscht. Oberflächliche und einzelne Drüsen betreffende Entzündungen bilden sich thatsächlich unter der Antiphlogose öfters zurück.

Bisweilen vermindern sich die Erscheinungen der acuten Entzündung, besonders die Schmerzhaftigkeit unter einem Druckverband, ohne dass der Drüsentumor selbst sich merklich verkleinern würde oder indem sogar eine deutlich derbelastische Consistenz, welche auf das Vorhandensein von Flüssigkeit innerhalb des Drüsenkörpers schliessen lässt, in demselben auftritt. Dies ist noch immer kein Zeichen von Eiterbildung im klinischen Sinne. Es kann ein durch Fluctuation wahrnehmbares Exsudat gebildet sein und von da aus noch eine vollständige Rückbildung resp. Resorption des Exsudates stattfinden. Diese Fälle sind es, welche unter den sogenannten resorptionsbefördernden Verfahren sich günstig gestalten können. Daher findet man gegen dieselben von sehr guter Wirksamkeit die Einpinselung von Tinctura jodina, Tinct. jodi und Tinctura gallarum āā partes aequales, welches die Haut weniger reizt und darum längere Zeit applicirt werden kann, oder Jodglycerin, z. B.:

Rp.
Jodi puri
1,
Kali hydrojod.
2,
Glycerini
15.0,

auch Jodoform-Collodium (1 : 15), welche beide Dermatitis, Schwellung und heftiges Brennen veranlassen; oder Emplastrum hydrargyri, Emplastrum de Vigo, Emplastrum hydrargyri mit Emplastrum saponatum āā, oder von Zeissl empfohlen,

Rp.
Jodureti plumbi
5.0
Empl. sapon.
20.0
Malax. misc.

oder Compressivverband, indem man eine dicke Charpiepelote oder, wie alte Praktiker zu thun belieben, einen Schrotbeutel mittels einer in regelrechten Touren angelegten, um Hüfte und Schenkelbug in Touren laufende Flanellbinde andrückt u. s. w.

Manchmal gelingt es die Rückbildung zu bewirken durch einfache Punction, welche mittels eines Spitzbistouris in der Weise ausgeführt

wird, dass dieses durch die Haut und Drüsenkapsel gestochen bis in die Höhle der Drüse vorgeschoben und der Inhalt, eine mehr lymphartige Flüssigkeit, mittels seitlichen Druckes entleert wird. Oder es wird eine theilweise Discission des Drüsenkörpers subcutan ausgeführt, wie Auspitz vorschlägt, indem man mittels einer Staarnadel, wie bei der Ganglionoperation, in einer von der Drüse entfernteren Hautstelle eindringt, die Nadel subcutan vorschiebt, dann in den Drüsenkörper einsetzt und diesen durch nach verschiedenen Seiten hin geführte Schnitte spaltet, derart dem infiltrirten Exsudat den Austritt in die Maschen des Unterhautzellgewebes gestattend, von wo dasselbe resorbirt wird.

Oder man macht mittels der Pravaz'schen Spritze, wie Iacubowitsch angibt, eine Injection von einer Mischung von Jodkali 1.0 ad 20 aqua dest., oder Jodtinctur 5 Tropfen auf 40.0 Wasser, in das Parenchym der Drüse selbst, wobei etwa $^1/_4$—$^1/_2$ Pravaz'sche Spritze zum Eindringen gebracht wird.

Oder eine ähnliche Einspritzung der 1procentigen Lösung von Carbolsäure, Chlorkali, hypermangansaurem Kali, Jodtinctur etc. etc.

Man sieht, dass schon in diesem ersten Stadium des Bubo die Zahl und Mannigfaltigkeit der Verfahrungsweisen ausserordentlich gross ist und es ist auch a priori einzusehen, dass, was speciell die Injectionen und Discissionen betrifft, kurzum die directen Angriffe auf die Drüse selbst, dieselben nur gegen einzelne und oberflächlich gelegene Drüsen anwendbar sind.

In der That kann unter jedweder der genannten Behandlungen die Adenitis verschwinden. Aber dasselbe beobachtet man auch ohne jegliche Behandlung und unter Umschlägen von Eis, kaltem Wasser, Aqua Goulardi u. s. w. Und ebenso erfährt man, dass in dem entsprechenden Procentverhältniss unter welcher Art Behandlung immer die Entwicklung des Bubo dennoch bis zur Fluctuation und Suppuration unaufhaltsam fortschreitet.

§. 87. Mit diesem Momente tritt die zweite Frage an uns heran, in welcher Weise am zweckmässigsten die Entleerung des Buboeiters bewirkt werde und welche Eröffnungsmethode die grössten Chancen bietet für das Ausbleiben von Gewebszerfall, von Phagedän, Gangrän, überhaupt für die Verhütung eines grösseren Substanzverlustes, einer längeren Behandlungsdauer, von Eiterversenkung u. s. w. Hier ist es nun sicher nicht mehr gleichgiltig, welche Methode zu dem genannten Zwecke in einem speciellen Falle gewählt wird. Aber auch da muss hervorgehoben werden, dass es nicht eine einzige Methode gibt, welche für alle Fälle passt, und dass es keineswegs ein oder das andere quasi unfehlbares Verfahren gibt, wie dies einzelne Autoren bezüglich der von ihnen öfters geübten Verfahrungsweisen glauben machen möchten.

Je mehr ein Arzt in dieser Richtung zu sehen Gelegenheit hat, und je mehr er die Unbefangenheit der Beobachtung sich zu bewahren verstanden, desto mehr wird er in diesem Punkte Eklektiker geworden sein; denn thatsächlich bieten die eben vorliegenden Verhältnisse, wenn sie genau geprüft werden, im Allgemeinen ziemlich verlässliche Wegweiser für die Wahl des einen oder anderen Verfahrens.

§. 88. Da man weiss, dass im Allgemeinen die Bubonen, welche von Schankern herrühren, in einer ziemlichen Procentzahl nicht wie eine sogenannte sympathische Adenitis verlaufen, d. h. nach Eröffnung und Entleerung des Eiters nicht zur Restitution schreiten, sondern unter fortwährendem Zerfall des Gewebes in einen schankerähnlichen Zerstörungsprozess sich umwandeln, so hat man namentlich in der neueren Chirurgie geglaubt, ein Hauptgewicht auf jene Eröffnungsmethoden legen zu sollen, durch welche der Luftzutritt zu dem Innern des Abscesses möglichst vollständig hintangehalten oder gehemmt würde. Man hat also vor Allem die Eröffnung mittels Einschnittes oder Aetzpaste perhorrescirt und dafür plaidirt, mittels einer möglichst kleinen Stichöffnung den Eiter zu entleeren, die sogenannte Punction des Bubo.

Die Punction des Bubo wird entweder in der Weise geübt, dass man mittels eines schmalen Spitzbistouris in den Drüsenabscess einsticht und durch Compression von der Seite und Tiefe her den Eiter zum Austritt veranlasst. Dabei gehen Einzelne so vorsichtig zu Werke, dass sie z. B. den Hautstich ferne von der Drüse machen, dann das Messer erst mit entsprechender Verschiebung der Haut über die Drüse bringen und nun erst in diese selbst einstechen, weil nach Entfernung des Instrumentes die verschobene Hautfalte in ihre ursprüngliche Lage zurückweicht, somit beide Stichwunden sich nicht decken und der Luftzutritt zur Drüse selbst demnach möglichst erschwert wird.

Weiter wird empfohlen, die Hautstichwunden mit möglichst impermeablen Stoffen, Watte, Lister'schem Verband etc. zu decken, die Stichöffnung sich verkleben zu lassen und dieselbe nur tagtäglich wieder gewaltsam durch Zerren an ihren Rändern zum Klaffen zu bringen, um den neuerlich angesammelten Eiter auspressen zu können. Andere verstopfen die Stichöffnung mit Charpie oder Verbandstofftampon, den sie nur 1—2 mal des Tages behufs des Auspressens des Eiters herausziehen.

Noch Andere haben von der Methode des sogenannten Auspumpens (Grünfeld) sehr gute Erfolge gesehen. Darnach wird mittels einer der Pravaz'schen ähnlichen Spritze, welche um das Doppelte grösser als die gewöhnliche Pravaz'sche Spritze ist, in den Bubo eingestochen, darauf der Stempel zurückgezogen, welchem selbstverständlich Eiter nachfolgt. Man soll nun auf diese Weise durch abwechselndes Entleeren und Wiederansetzen der Spritze an die steckenbleibende Canüle den Eiter allmälig vollständig entpumpen, sodann die Canüle entfernen, die Oeffnung luftdicht verkleben und nach Bedarf täglich, oder jeden zweiten oder dritten Tag den neu angesammelten Eiter abermals durch Auspumpen entfernen.

§. 89. Was nun die einfachen Methoden der Punction anbelangt, so ist kein Zweifel, dass sie erfolgreich sein können. Alle diese Methoden haben zuweilen Erfolg, aber nur bei oberflächlicher Adenitis, nicht aber, wenn die oberflächliche Adenitis schon als eine Fortsetzung der in der Tiefe begonnenen sich erweist, oder allenfalls diese sich zur oberflächlichen hinzugesellt hat. Die günstigsten Bedingungen also in's Auge gefasst, wären nach meiner Erfahrung zunächst jene Adenitisformen für die Punction geeignet, in welchen eine oder mehrere sub-

cutane, fluctuirende Drüsen gut isolirbar, allenfalls an einer beschränkten Stelle ihrer hervorragendsten Fläche mit der darüber gelegenen Haut verwachsen sind. Wird da die Punction welcher Art immer gemacht und der Eiter ausgedrückt, so kann man nach 3—4 Tagen constatiren, dass die Eitermenge immer geringer, endlich dünner, lymphartiger wird, während der Drüsentumor selbst sich verkleinert, die Schmerzhaftigkeit sich verliert und nach mehreren Wochen, da die lymphartige Secretion immer noch andauert, unter narbiger Einziehung der Haut, entsprechend der Punctionsstelle, der Bubo verheilt.

Dies sind die allergünstigsten Fälle für die Punction und ich habe schon an einzelnen Kranken 10—15 derartiger wahrer, reiner Drüsenbubonen, welche sich allerdings nicht gleichzeitig, sondern zu zwei und drei successive gebildet hatten, consequent mit dieser Methode behandelt und geheilt. Der Gewinn für den Kranken ist selbstverständlich enorm gross, da von dem Momente der Eröffnung die Eiterung nicht zu-, sondern abnimmt, keine eigentlichen geschwürigen Wunden da sind, keine Fieberreaction u. s. f. Da überdies derartige Bubonen zumeist bei blassen, zu Tuberculose neigenden, anämischen Individuen vorzukommen pflegen, so ist diese Behandlungsmethode in jeder Beziehung als die rücksichtsvollste, die Kraft des Patienten schonendste, auf alle Fälle zu versuchen und zu empfehlen.

§. 90. Auch wenn die Drüse nicht isolirt ist und dieselbe unzweifelhaft als fluctuirende Periadenitis, d. i. Vereiterung des die Drüse umgebenden Zellgewebes constatirt wird, wäre die Eröffnung des Bubo mittels Punction indicirt, woferne die allgemeine Decke über demselben noch mässig geröthet und gehörig dick erscheint. Man sticht an der zumeist hervorragenden fluctuirenden Stelle ein und entleert den Eiter durch Compression von der Seite her und kann in der Zwischenzeit je nach Umständen Druckverband, kalte Umschläge, Kataplasmen u. s. w. anwenden. Auch da gelingt es nicht selten, eine Verkleinerung und endliche Schliessung des Abscesses zu bewirken. Doch muss ich bemerken, dass selbst beim günstigen Verlaufe und während z. B. das ganze Drüsenpaket, so weit es in der Tiefe gefühlt werden konnte, als infiltrirt und zur eitrigen Schmelzung vorbereitet sich erwiesen hatte, dasselbe nach Entleerung des Eiters und unter der Anwendung von Ruhe, zweckmässigem Verhalten, Kataplasmen etc. wieder sich erweicht und verkleinert hat, oder vollständig geschwunden war und im Verlaufe von Wochen bei den Stichkanälen tagsüber nur ein paar Tropfen lymphoider Flüssigkeit herausgepresst werden können, dass dennoch bisweilen die Heilung nicht gelingt, weil die inzwischen bedeutend verdünnte Haut sich weit unterminirt zeigt und an ihre Unterlage sich nicht anlöthet. Man ist sodann gezwungen, die unterminirten Hautpartien der ganzen Ausdehnung nach zu spalten. Dabei entdeckt man, dass die Höhle von einer bläulichweissen, narbenähnlichen, glänzenden Membran ausgekleidet ist, welche eben der Granulation und Verlöthung mit der darüberliegenden Haut ungünstig war.

Man ist genöthigt, die ganze Wundfläche zu cauterisiren, wodann allerdings üppige Granulationen aufschiessen und nur bei offener Wundbehandlung die Heilung regelmässig erfolgt.

§. 91. Was die Punction mit Auspumpen anbelangt, so kann ich dieser Methode nicht jene Vortheile zuschreiben, welche ihr Erfinder ihr nachgerühmt hat. Man hat es ja nicht mit einem cystenartigen, von allseitig gleichmässig laufenden Wänden umschlossenen Cavum zu thun, sondern mit einem vielfach zerklüfteten, auseinander gewühlten, grobmaschigen Gewebsfilz, in welchem der Eiter theils in kleinen Hohlräumen, theils im Gewebe selbst eingefilzt sich befindet. Da nun die Wandungen eines solchen Abscesses dem äusseren Luftdruck sehr ungleichmässig folgen, so legt sich alsbald beim Auspumpen ein Filzgewebe vor die Canülenöffnung und der dahinter gelegene Eiter kann unmöglich zum Austritt gebracht werden.

Thatsächlich haben wir von der Methode nicht viel Erfolg gesehen.

Ich will gleich hier anfügen, dass man schon viel früher auch noch anderweitig die Idee therapeutisch verwerthen wollte, als wenn man es bei dem Bubo mit einem cystenartigen Hohlraum, in welchen Flüssigkeit eingeschlossen ist, zu thun hätte, indem man der Punction mittels Troikar eine Injection von irritirenden oder resorptionsbefördernden Flüssigkeiten in das Cavum folgen liess: von verdünnter Jodtinctur, Jodglycerin, rothem Wein, Opiumtinctur, Jodkaliumlösung, Lösung von Ferrum sesquichloretum etc., also ähnlich oder ganz wie bei der Hydrokelenoperation.

Ich habe selbst diese Methode in mehr als 200 Fällen von Bubo mit ausserordentlicher Consequenz unter der Aegide eines Abtheilungsvorstandes (Libochowitz) in einem Filialhospital des hiesigen allgemeinen Krankenhauses theils selbst gemacht, theils beobachtet. Ich kann von ihr nur sagen, dass auch unter dieser Methode Heilungen vorkamen. Es gilt aber für dieselbe im Allgemeinen das Gleiche wie für die Auspumpungsmethode und dass das Resultat solcher Einspritzungen oft genug das Gegentheil von dem erwarteten, nämlich acute Steigerung der Entzündung und Gewebszerfall hervorruft.

Nach welcher Methode immer die Punction gemacht worden war, immer kann man die unangenehme Erfahrung machen, dass in vielen, auch anscheinend geeigneten Fällen die Punctionsöffnung durch fortschreitenden geschwürigen Zerfall ihrer Ränder von Tag zu Tag grösser wird, dass der ursprüngliche Zweck des Luftabschlusses illusorisch gemacht wird und man zu einer anderweitigen ausgiebigen Bloslegung des Bubo gezwungen wird.

§. 92. Die Eröffnung mittels des Hautschnittes, wie bei einem nichtspecifischen Abscess, kann ich keineswegs so perhorresciren, wie dies namentlich bei manchen neueren Chirurgen der Fall ist. Wenn die Periadenitis sehr umfangreich, Fluctuation über grosse Ausdehnung wahrgenommen wird, die Hautdecke jedoch noch recht gut erhalten, wenig verdünnt ist, demnach für die Weitererhaltung ziemlich gute Chancen vorliegen, dann ist nach meiner Erfahrung der ausgiebige Hautschnitt am meisten angezeigt. Der Eiter kann bequem frei austreten und der Bubo wird nun lege artis behandelt mit oder ohne Listerverband, mit Einlage in die Wunde von gewöhnlichen Verbandmitteln oder in Carbolöl getränkten Stoffen u. s. f. und im weiteren Verlaufe Kalilösung 0.10:50 Aqu. dest. u. s. f. Viele Bubonen heilen auf diese Weise prächtig. Dagegen sieht man auch manchmal wieder,

dass die Schnittränder geschwürig werden und der Zerfall fortschreitet.

Wenn man dagegen bei sorgfältiger manueller Untersuchung sich überzeugt, dass unter der weit unterminirten, sonst gut erhaltenen Hautdecke in der Tiefe und Mitte der fluctuirenden Geschwulst ein derber, drusiger, unebener Körper fühlbar wird, d. i. ein drusig-höckriger, infiltrirter, gewiss auch in eitriger Schmelzung begriffener Drüsenhaufen, dann wird die Eröffnung mittels Schnittes kaum zweckmässig sein. Denn dann legen sich die Schnittränder auf diese Drüsenpakete und die Hautlappen schliessen somit, vereint mit dem central gelegenen Drüsenpakete, ein rings um dieses laufendes, den Eiter bergendes Cavum ab, was schon nach allgemeinen chirurgischen Gesetzen dem Verlaufe nicht günstig ist.

In einem solchen Falle, sowie jedesmal wenn die über der fluctuirenden Stelle befindliche allgemeine Decke sehr verdünnt, zur Mortification reif sich erweist, oder gar schon an einer oder der anderen Stelle perforirt ist; dort wo mehrere durch festere Brücken von einander getrennte, aber vermuthungsweise unter diesen Brücken mit einander communicirende fluctuirende Stellen vorhanden sind, rathe ich von vorneherein, die Eröffnung mittelst Wiener Aetzpasta vorzunehmen.

§. 93. Die Pasta Viennensis wird auf folgende Weise bereitet und applicirt. Man verschreibt:

Rp. Kali caust. pulv.
10.0
Dt. ad lagenam.

Rp. Spir. vini rectif.
50.0
Dt. ad lagenam.

Rp. Calcariae caust. pulv.
10.0
Dt. ad lagenam.

Der Kranke wird ins Bett gelegt und auf den Rücken horizontal gelagert. Sodann wird (nach Abrasiren der Schamhaare) die zu ätzende Stelle durch Heftpflasterstreifen genau umgrenzt, welche in kleinen Stücken hart an den Saum der fluctuirenden Partie in mehrfachen Schichten und derart sich gegenseitig deckend auf die Haut geklebt werden, dass sie eine Art erhabene Umrandung um die zu ätzende Stelle bilden und diese wie in einer Nische zu liegen kommt. Sodann wird das Kali und der Aetzkalk in eine Reibschale gebracht, mit einander mittelst des Stempels vermengt und verrieben und unter sparsamer Hinzuthat von Spiritus vini, welchen man nur tropfenweise zugiesst, zu einer Paste angerieben. Die Paste soll dick, wie ein Teig sein und beim Umkippen der Reibschale nicht ausfliessen.

Nun trägt man mittels eines Zungenspatels die Paste messerrückendick auf die zu ätzende Stelle auf, sie gut niederstreichend, und bedeckt das Ganze mit Charpie und Heftpflasterstreifen, damit der Kranke nicht mit den Fingern in dieselbe hineingreife.

Die Paste bleibt genau 10 Minuten liegen. Nach 4—5 Minuten stellen sich heftige Schmerzen ein, die nach weiteren 3—4 Minuten aufhören. Nach Ablauf von 10 Minuten wird der Kranke in ein bereitstehendes lauwarmes Voll- oder Sitzbad gebracht, in welchem die Paste alsbald ihre ätzende Wirkung verliert. Man kann da ohne Gefahr sich anzuätzen, mit den Fingern nachhelfend, Pflaster und Paste entfernen und wegspülen, und nun erscheint die geätzte Hautstelle schwarz verkohlt, gewöhnlich der Bubo gleichzeitig schon eingesunken.

In Ermanglung eines Bades muss die Paste mittels reichlicher Irrigation von lauem Wasser oder Essigwasser abgespült werden. Nach 3—4 Tagen stösst sich der Schorf ab, während welcher Zeit man anfangs kühle, später lauwarme Umschläge applicirt hat und der Grund des Bubo liegt nun vollständig frei zu Tage.

Diese Eröffnungsmethode, so sehr gescheut von manchen Aerzten, ist in den geeigneten Fällen von ausserordentlich günstigem Erfolge. Sie beseitigt von vorneherein die Gefahr der eiterigen Unterminirung, da die losgewühlte Haut in toto entfernt worden war und das Geschwürssecret frei abfliessen kann. Sie gewährt Einblick in die Complicationsverhältnisse (Eitergänge, Drüsentumoren etc.), welche sonst vielleicht erst nach Wochen oder Monaten zur Kenntniss gelangen würden und gewährt speciell frühzeitig den Zutritt den geeigneten Verbandmitteln oder eventuell noch nothwendig werdenden chirurgischen Eingriffen. Die Paste zerstört oft genug in Einem auch die für die Weiterheilung sehr hinderlichen, aus dem Bubogrunde hervorragenden infiltrirten Drüsen und es folgt nach Abstossung des Schorfes in der Regel, woferne nicht schon damals Eiterversenkungen, Verbindungen zu subfascial gelegenen Eiterherden etc. bestanden haben, eine rasche, allseitig ebenmässige Granulation und Ueberhäutung, und bei sachkundiger Ueberwachung schöne Narbenbildung.

Aus allen diesen Gründen ist die Eröffnung mittels der Wiener Aetzpaste unter den oben genannten Bedingungen nicht nur besonders indicirt, sondern geradezu sehr Vertrauen erweckend.

Bei alledem darf nicht vergessen werden, dass der von einem Schanker veranlasste Bubo, wie schon in der Symptomatologie auseinandergesetzt, sich sehr oft in eine dem Schanker ähnliche geschwürige Affection umwandelt — Schankerbubo — und es muss hervorgehoben werden, dass diese Umwandlung stattfinden kann, man mag die Initialbehandlung wie immer gemacht und die Eröffnung nach welcher Methode immer vorgenommen haben, oder es mag die Eröffnung spontan erfolgt sein.

§. 94. Hat man einen entweder durch Wiener Aetzpasta, oder durch den fortschreitenden geschwürigen Zerfall der ursprünglich nur punctirten oder incidirten Haut zu Tage gelegten, oder spontan geborstenen und nun offenen Bubo vor sich, so wird die Weiterbehandlung nach allgemeinen chirurgischen Gesetzen geleitet werden müssen.

Doch dürfte es nicht unzweckmässig sein, einzelne den Bubonen der Leistengegend eigenthümliche Vorkommnisse in therapeutischer Beziehung hier speciell zu würdigen.

Am einfachsten geht die Behandlung der oberflächlichen, keine Drüsenconglomerate zeigenden Bubonen vor sich. Man kann sie nach

Lister behandeln, oder, nach Abstossung der nekrotischen Gewebe, mit Kalilösung, Kali chloricum etc.

Viele Bubonen acquiriren gar keine schankeröse Beschaffenheit. Sie sind den symptomatischen Bubonen gleichzustellen und verheilen wie diese. Wenn sie speckig belegte Ränder und Grund zeigen, dann sind leicht ätzende Verbandmittel, Kupfer- und Kalilösung, auch Carbolöl etc. indicirt.

Es versteht sich von selbst, dass ein für allemal fleissige Reinigung, reine Verbandstoffe, Abspülen mit desinficirenden Flüssigkeiten, zweckmässiges Allgemeinverhalten zur Anwendung kommen müssen.

Eingekrämpte, unterminirte Wundränder, woferne durch einfaches Einlegen von Verbandstoffen dieselben nicht binnen wenigen Tagen sich günstiger gestalten, ebenso nach aussen gekrämpte Ränder, wie sie bei lang andauerndem speckigen Beleg des Bubo zu Stande kommen, die der Uebernarbung ein grosses Hinderniss entgegensetzen, müssen mit der Scheere abgetragen werden. Doch pflegt bei noch anhaltendem schankerösen Beleg des übrigen Bubo der Abtragungsrand wieder geschwürig zu werden, weshalb in dieser Beziehung dem subjectiven Ermessen bezüglich der Wahl der passenden Zeit alles überlassen werden muss.

Im Fundus eines Bubo hervorragende Drüsenpakete, sobald sie längere Zeit sich nicht verkleinern, sind eine fortwährende Quelle für Eiterabsperrung, indem ein Theil zerfällt, von einem anderen Granulationen zu nachbarlichen heranwachsen und so intraglanduläre Eitergänge und Eiterhöhlen gebildet werden. Solche Drüsenpakete müssen demnach entfernt werden. Am unzweckmässigsten halte ich ihre Entfernung mittels Messer oder Scheere, da die stark ausgedehnten Gefässe ziemlich intensiv bluten. Besser ist schon das Auslöffeln derselben, weil da auch die Gefässe zerquetscht werden und sich thrombosiren. Das Abbinden derselben mittels Faden oder elastischer Ligatur ist nicht unzweckmässig. Doch habe ich in manchen Fällen die in den unterbundenen Drüsen nothwendig auftretende Gangrän zu meinem grossen Schrecken auf die übrige Bubonenfläche sich ausbreiten gesehen. Am besten geschieht vielleicht die Entfernung dieser Drüsenpakete mittels Aetzkali oder Chlorzink in Stift, welchen man von verschiedenen Seiten in das morsche Gewebe hineinstösst und eine Weile bis zur vollständigen Verkohlung der betreffenden Partien liegen lässt. In gleichem Sinne wirksam und zweckmässig ist ihre Zerstörung mittels Aetzpasta, welche man unter gehörigem Schutze der umgebenden Wunde auf die Drüsengeschwulst auflegt und 5—6 Minuten liegen lässt. Man kann nach Abstossung des Schorfes ohne weiteres auf einen etwa zurückgebliebenen Rest die Paste neuerdings auflegen.

Bei Phagedän des Bubo ist gegen die bedeutende entzündliche Reaction in der Umgebung die continuirliche Application von Kälte nothwendig. Das jauchige, übelriechende Secret indicirt nach meiner Erfahrung die Anwendung von Gypstheer, dessen günstige Wirkung ich nicht hoch genug anschlagen kann. Man verschreibt gewöhnlich Gypsum bituminatum aus der Apotheke, oder rührt dasselbe selbst in der Reibschale an, indem man feines Gypspulver mit tropfenweise hinzugegebenem Oleum fagi so lange verreibt, bis die Masse wieder gleichmässig pulverig ist, dann wieder ein paar Tropfen zugibt und

wieder zu feinem Pulver verreibt und so lange, bis das Pulver kaffeesudbraun geworden ist. Das Pulver wird nun in die phagedänische Bubohöhle, in alle Nischen und Buchten in grosser Menge eingelegt und darauf noch in dasselbe Pulver getauchte Baumwolle aufgelegt. Der Verband wird alle 3—4 Stunden gewechselt unter sorgfältiger Abspülung mittels Carbolwasser oder Kali chloricum-Lösung.

Auch Jodoformpulver, welches wir schon bei der Schankertherapie besprochen haben, das aber wegen des hohen Preises und des penetranten Geruches nicht gut auf grosse Flächen anwendbar ist, Salicylpulver, wäre in solchen Fällen zu versuchen, noch mehr ein Campherschleimverband (Rp. Camphor. rasae 0.15. Mucil. gummi arab.; Aqu. Dest. aa 25) zu empfehlen. Nach wenigen Tagen gelingt es bisweilen, dass unter solchen Verbandmitteln der Phagedänismus sich begrenzt, die Secretion eine bessere, normal eitrige wird und nun rasch Granulationsbildung sich einstellt. Von diesem Zeitpunkte an wird der Gypstheer, welcher da heftiges Brennen veranlasst, bei Seite gesetzt und mit gewöhnlichen Verbandmitteln vorgegangen.

§. 95. Grosse Anforderungen auf die Geduld und Erfahrung des behandelnden Arztes stellt der gangränöse Bubo. Ein in seinem Verlaufe bisher normaler oder sehr indolenter Bubo wird binnen wenigen Stunden gangränös. Unter Fiebererscheinungen, Diarrhöe etc. des Kranken zeigt sich die Wundfläche binnen wenigen Stunden verändert, trocken, heiss, der Rand welk, runzelig, zunderartig, gelbgrün, von einem rothen Entzündungshalo umgeben und nun schreitet der gangränöse Zerfall theils mumificirend, theils phagedänisch, jauchig, rapid nach der Peripherie und nach der Tiefe vor, binnen wenigen Tagen kolossale Dimensionen annehmend. Alle Versuche mittels intensiver und ausgiebiger Aetzungen der ganzen gangränösen Fläche und namentlich der angrenzenden Hautpartien, mittels tief eindringender rauchender Salpetersäure, Creosot, Kalistift, Lapis, Schwefelsäure, Ferrum sesquichloratum u. s. f. zeigen sich erfolglos, ebenso Gypstheer, Kalkwasser. Dennoch haben wir auch solche Gangrän zumeist heilen gesehen.

Nachdem die Verwüstung die ganze Leistengegend, die obere innere Schenkelpartie bis zum Trochanter, über den Darmbeinkamm hinweg bis zur Nabelgegend und zur Symphyse und über die Symphyse hinaus nach der entgegengesetzten Seite ergriffen hat, hört das Fieber auf, die Gangrän steht still, es tritt am Rande reichlichere Eiterung ein, die gangränösen Massen lösen sich in halbverflüssigten Fetzen ab und binnen wenigen Tagen hat man eine schönrothe, reine, allerdings kolossal ausgedehnte Wundfläche vor sich. Man sieht die Muskeln wie anatomisch präparirt vor sich liegen, die grossen Blutgefässe des Schenkelkanals, über welchen das Poupart'sche Band fehlt, nicht selten die Fascia transversa blosliegen, grosse Drüsenpakete auf der Gefässscheide und nun folgt allseitig üppige Granulationsbildung, von den Rändern her schreitet der Narbensaum vor und binnen ein paar Wochen kann die Verheilung bis auf eine centrale Stelle complet sein. Die letztere kann allerdings in Folge des enormen Umfanges und der Dicke der peripheren Narbe in ihrer Verheilung unbestimmbar lange zögern, durch neuerlichen Zerfall sich vergrössern.

Diesen günstigen Verlauf bewirkt unzweifelbar am allerverlässlichsten die Anwendung des continuirlichen Bades.

Diese ursprünglich auf der Hebra'schen Klinik gemachte Erfahrung ist so sehr zur Ueberzeugung der den dortigen Versuchen nahestehenden Aerzte geworden, dass, sobald Gangrän dieser Art auf ihrer Abtheilung sich einstellt, der betreffende Kranke sofort in's continuirliche Bad transportirt wird. Schon binnen 24 Stunden schmelzen die nekrotischen Massen, erweicht sich der schmerzhaft und infiltrirt gewesene Entzündungsdamm und wird nach wenigen Tagen der Restitutionsprozess eingeleitet, unter raschem Nachlass von Fieber und Kräfteverfall, Wiederkehr des Schlafes, Appetites und der Kräftigung des Organismus.

Dasselbe gilt für den serpiginösen Bubo.

Beim diphtheritischen Bubo, bei welchem die ausserordentliche Trägheit und Stagnation des Prozesses besonders lästig ist, wird man durch häufige und energisch angewendete Aetzungen mittels Kali, Lapisstift oder Jodoformpulver, Campherschleim, Liquor ferri sesquichlorat. u. A. — den leichteren Carbolsäure-, Essigsäureätzungen etc. möchte ich nicht das Wort reden — die Abstossung des diphtheritischen Beleges zu bewirken trachten, worauf bisweilen sofort Granulationsbildung sich einstellt. Doch ist nicht zu verschweigen, dass dies auch häufig genug vollständig misslingt. Manchmal sind gerade milde Behandlungsmethoden, z. B. fleissige Kataplasmirung, speciell auch das continuirliche Wasserbad von überraschendem Erfolg. Endlich pflegt auch all' dieses nichts zu nützen, bis nicht aus unbekannten Gründen, nach Frist von Monaten, spontan eine lebhaftere Vegetation sich einstellt und die Verheilung stattfindet. In diesen Fällen besonders sind es die nach aussen gekrämpten, verdickten, callösen Ränder, welche als nächstes Hinderniss der Heilung vorerst abgetragen werden müssen.

§. 96. Ein Wort über die während des Verlaufes der Bubonen eintretenden Blutungen muss noch gesagt werden.

Diese gehören in der Regel dem späteren Verlaufe der Bubonen an. Sie erfolgen bisweilen aus ganz kleinen Arterien, in dem Falle, wenn bei einem langwierigen Bubo Brücken und Hohlgänge gespalten werden.

Da werden bisweilen kleine Arterien durchschnitten, welche in starren Narbensträngen, wie solche bei lentescirend verlaufenden Wunden sich bilden, stecken. Diese Arterien können sich weder retrahiren noch contrahiren, sondern klaffen, weil ihre Wandungen ringsum durch starre, fibröse Gewebsmassen fixirt sind.

Hat nun nach der Operation sich zufällig an der Mündung ein Blutgerinnsel festgesetzt, so hat man von der Gefahr keine Ahnung. Nach ein paar Stunden wird dieses Gerinnsel zufällig gelockert und nun erfolgt zwar in einem dünnen Strahl, aber eine so andauernde Blutung, dass sie bis zur Ohnmacht führen kann. Nachdem der dazu gerufene Arzt die reichlichen Blutcoagula entfernt, so spritzt die Arterie neuerdings, wodann sie mit dem angrenzenden Gewebe mit der Pincette gefasst und unterbunden werden kann, oder wenn keine Assistenz zur Hand und die Arterie in einem nicht aufhebbaren, strammen Ge-

webe verläuft, lässt man die die Arterie fassende Pincette liegen und fixirt sie daselbst mittels geeigneten Binden bis zum nächsten Tage.

Stärkere und das Individuum erschöpfende Blutungen folgen aus kleinen Venen, oder aus gefässreichen Drüsenpaketen, aus Geweben — parenchymatöse Blutungen — bei fortschreitender Phagedän des Bubo aus unzugänglichen Tiefen und sind darum oft schwer in ihrer Quelle aufzusuchen und zu stillen. Man wird ihrer Herr entweder, indem man die entsprechenden Drüsenpakete ohneweiters entfernt oder die blutenden phagedänischen Bubonen mit Ferrum sesquichloratum-Tampons ausfüllt und einen Compressivverband anlegt.

Im continuirlichen Bade werden solche Blutungen sehr leicht stundenlang übersehen, daher die betreffenden Wartpersonen und Hülfsärzte auf diesen Zufall zu achten aufmerksam gemacht werden müssen.

Die erschreckendsten und im Momente lethalen Blutungen erfolgen während des Fortschreitens der Gangrän, oder noch häufiger während des Abstossungsprozesses der brandigen Gewebe, also schon während des Besserungsstadiums — von kleinen Venen nicht zu sprechen — aus den grossen Schenkelgefässen, der Vena saphena, der Vena cruralis, ja sogar aus der Arteria cruralis. Ich habe innerhalb eines Semesters 3 Blutungen der letzteren Art gesehen. In 2 Fällen, da wir zur Hand waren, haben wir die Unterbindung der Arteria iliaca vorgenommen, eine Operation, welche nicht leicht ausführbar ist, weil die Gefässe in dem morschen, zunderartig zerfallenden Gewebe zu suchen und aufzufinden selbstverständlich seine grossen Schwierigkeiten hat. In einem andern Falle haben wir die Tamponade vorgenommen mittels Charpie, Schrotbeutel, Druckverband etc. Die Tamponirte, ein Mädchen, und Einer mit Unterbindung starben nach ein paar Tagen an Erschöpfung; der Dritte ist genesen.

Das Erste, was in einem solchen Falle zu thun ist, wenn der Blutstrahl hoch aufspritzt, ist die Arterie über dem horizontalen Schambeinast zu comprimiren, was auch in diesem morschen Gewebe schwer vollführt werden kann und hierauf wird mit einer der oben genannten durch die Situation gegebenen Verfahrungsweisen, je nachdem kundige Assistenz zur Hand ist oder nicht, oder bereits Syncope eingetreten und der Kranke zunächst zum Leben zu erwecken wäre u. s. w., vorgegangen.

§. 97. Von der grossen Mannigfaltigkeit der sonst noch in der Therapie der Bubonen vorkommenden Indicationen will ich nicht weiter sprechen. Sie ergeben sich aus der früher geschilderten Symptomatologie und ihren Mannigfaltigkeiten von selbst, als da sind: successive Eröffnung, successives Kommen der Drüsenabscesse, Entleerung von Eiterversenkungen, operative Vereinigung communicirender Eitergänge, z. B. Durchtrennung des Poupart'schen Bandes zum Behuf der Vereinigung der ober- und unterhalb desselben gelegenen, durch die Lacuna musculorum et vasorum communicirenden Bubonen, Trennung von Hautbrücken, Aetzung träger granulirender Flächen oder hypertrophischer Granulationen, Spaltung von Hohlgängen, Drainagirung von solchen, Einspritzung leicht ätzender Flüssigkeiten in alte, von fibrösen Strängen ausgekleidete eiternde Blindgänge u. s. w.

Was speciell die die Bubonen so häufig complicirenden Eiter-

versenkungen und Hohlgänge anbelangt, so muss auch da der allgemeine chirurgische Takt leiten. Im Allgemeinen glaube ich sagen zu dürfen, dass im acut entzündlichen und namentlich phagedänischen Stadium das Erzeugen frischer Operationswunden, demnach Spalten von Gängen und Eiterversenkungsherden etc. möglichst vermieden werden soll, mit Ausnahme jener Fälle, wo in der Eitersenkung selbst der directe Grund zur Verschlimmerung des Gesammtzustandes gegeben ist und die gegründete Hoffnung vorliegt, dass mit der Eröffnung dieser Eitersenkung und der Entleerung des Eiters oder der Vereinigung getrennter Abscesse die allgemein chirurgischen topographischen Wundverhältnisse sich günstiger gestalten, dass man aber auch gut thut, selbst in solchen Fällen sich auf das Nothwendigste zu beschränken. Denn, wie auch Zeissl richtig hervorhebt, „nirgends feiert die conservative Chirurgie bisweilen so schöne Triumphe als bei den Bubonen.“ Dass der Conservatismus nicht zu weit gehe, dafür muss das selbständige Urtheil des behandelnden Arztes sorgen.

Was die Hohlgänge im späteren Alter des Bubo anbelangt, so müssen sie wie Fisteln andrer Art behandelt werden, geätzt, mittels Messer oder der elastischen Ligatur nach Dittel gespalten, offengelegt u. s. w. werden, doch pflegen auch solche noch, wenn auch nach längerer Zeit, endlich spontan zu verheilen.

Behandlung der indolenten Bubonen.

§. 98. Ueber die indolente, die Schanker begleitende Adenitis ist an diesem Orte nicht viel zu sagen. Wir werden über dieselbe noch in einem späteren Abschnitte, in dem über allgemeine Syphilis, etwas eingehender sprechen. Hier sei nur bemerkt, dass die indolente Schwellung und Vergrösserung der dem Sitze des Bubo entsprechenden Drüsen, demnach zumeist der Inguinaldrüsen, in der grösseren Mehrzahl der Fälle der weichen Schanker und in den meisten Fällen der harten Schanker anzutreffen ist. Sie betrifft in der Regel mehrere Drüsen, wobei diese bis zu Haselnussgrösse und darüber, hart, aber nicht schmerzhaft sich anfühlen.

Die Adenetis chronica überdauert in der Regel geraume Zeit den Bestand des Schankers um viele Wochen, ja wenn allgemeine Syphilis eingetreten ist, persistirt dieselbe viele Monate, selbst Jahre auch nach Ablauf der Allgemeinerkrankung. Während der ersten Wochen oder Monate ihres Bestandes kommt es wohl auch in der einen oder der andern der so afficirten Drüsen zu acuter oder subacuter Entzündung und Vereiterung; wodann der eröffnete Abscess entweder wie ein gewöhnlicher, symptomatischer Bubo verläuft, oder eventuell auch einen virulenten Charakter annimmt, ganz wie der von vorneherein entstehende acute Schankerbubo. Selbstverständlich kann dies auch bei einem weichen Schanker geschehen, indem ja nicht alle Drüsen, welche unter dem Einflusse des weichen Schankers intumesciren, auch zur Vereiterung gelangen, sondern immer ein Theil als indolente Bubonen figuriren.

Insoferne diese Drüsentumoren in der Regel keinen bedeutenden Umfang erreichen, keine subjectiven Beschwerden veranlassen, er-

heischen sie auch keinerlei therapeutische Maassnahmen. Wofern jedoch dieselben ein, wie wir später sehen werden, begleitendes Symptom der allgemeinen Syphilis constituiren, wird die gegen die letztere zur Anwendung kommende allgemeine und örtliche Behandlung auch auf sie selbst eo ipso ausgedehnt, weshalb wir in dieser Richtung auf das spätere Kapitel über die Therapie der Syphilis verweisen.

B. Symptomatische Syphiliserscheinungen.

(Constitutionelle Syphilis, allgemeine Syphilis, Lues universalis, Lues, Syphilis proprie dicta.)

Das Stadium der Incubation und der Prodrome.

§. 99. Die Symptome der Allgemeinsyphilis, der syphilitischen Erkrankung des Gesammtorganismus, erscheinen erfahrungsgemäss niemals vor der 6., spätestens bis zur 12. Woche von dem Tage der erfolgten Ansteckung an gerechnet.

Die zwischen der Ansteckung und dem Ausbruche jener Erscheinungen liegende Zeitperiode wird als das Stadium incubationis der Syphilis angesehen.

Die Incubationszeit ist allerdings nicht frei von Symptomen, welche die kommende Allgemeinsyphilis ankündigen. Allein sie sind im Allgemeinen wenig prononcirt, so dass die Pathologen dieselben zwar gebührend würdigen, allein doch nicht durchwegs für genügend erklären zur Constatirung der Allgemeinsyphilis. Die letztere wird vielmehr erst als declarirt angesehen, wenn eines der später zu besprechenden charakteristischen Symptome, namentlich ein specifisches Hautexanthem auftritt.

Diese Auffassung der Verhältnisse gilt de merito selbst für die Dualisten, obgleich diese schon die Sclerose als Symptom der Allgemeinsyphilis ausgeben. Sie tragen den Thatsachen dadurch Rechnung, dass sie hier von einer „zweiten" Incubation sprechen, während sie als erste Incubation die Zeitperiode von 1—3 Wochen ansehen, welche zwischen dem Tage der Ansteckung und der charakteristischen Entwicklung der Sclerose zu liegen pflegt.

Als erstes für die bevorstehende Allgemeinerkrankung pathognomonisches Symptom wird die indolente Schwellung der dem Primäraffect entsprechenden Lymphdrüsen angesehen. Mit Bezug auf den häufigsten Sitz der Primäraffection an den Genitalien also finden sich um die 2.—3. Woche, während zumeist die Primärläsion als Geschwür oder Induration noch besteht, die Drüsen der Leistengegend, einer- oder beiderseitig, zu ein oder mehreren bis Haselnussgrösse vergrössert und härtlich anzufühlen (Polyadenitis, les Pleïades), seltener auch ein zuführendes Lymphgefäss, namentlich das des Dorsum penis als rabenfederkieldicker, indolenter Strang fühlbar.

Auch die Erscheinung dieser indolenten und multiplen Drüsenschwellung bedeutet noch nicht einen zweifellosen Vorläufer der Allgemeinsyphilis, wie Manche lehren. Es kommen ja solche mit den meisten weichen Schankern vor.

Dagegen hat es schon viel zu bedeuten, wenn nunmehr auch fernab von dem Herde der Primäraffection gelegene Drüsen intumesciren.

In den Fällen, welche zur Allgemeinsyphilis gedeihen sollen, kann man nämlich nach einiger Zeit solche indolente Drüsentumoren auch an anderen Körpergegenden entdecken; zumeist längs des hinteren Randes des Kopfnickers ein- oder beiderseits, einzeln, oder in einer Reihe von 3—5—6, bis herab in die Fossa supraclavicularis (Adenitis cervicalis). Häufig findet sich eine bohnengrosse Drüse oberhalb des Condylus internus humeri, im Sulcus bicipit. internus; seltener eine solche unter dem Kinn, oder in der Kiefer-Halsfurche.

Vorausgesetzt, dass nicht durch etwa vorhandene eiternde Bubonen, gangränescirende Schanker und ähnliche Zufälle, welche Fieber und Depascenz zur Folge haben, das Allgemeinbefinden des Kranken alterirt ist, also unter den gewöhnlichen Verhältnissen, befindet sich derselbe während dieses Stadiums der Incubation, selbst zur Zeit des Auftretens der multiplen Lymphadenitis sowohl subjectiv, als für das Auge des Beobachters ganz wohl.

Erst um die 5.—6. Woche tritt in den meisten Fällen eine auffallendere Störung in dem Allgemeinbefinden ein. Die Haut wird etwas fahl, schlapp, fettig glänzend, oder ist trocken anzufühlen, wenig transspirirend, der Gesichtsausdruck erscheint leidend, das Auge matt, wie nach durchwachten Nächten. Der Kranke fühlt sich unlustig, unbehaglich, ohne ein bestimmtes Leiden angeben zu können. Der Schlaf wird unruhig, die Esslust ist vermindert, der Kopf eingenommen.

Nunmehr treten deutlicher definirbare Symptome auf, die eigentlichen Prodromalerscheinungen der Syphilis.

Sie fallen in der Regel in die 6.—8. Woche und dauern mehrere Tage bis 2 Wochen. Es sind rheumatoide Schmerzen in den Gelenken und Knochen, namentlich der Röhrenknochen, doch ohne nachweisbare Localisation. Nur selten kann auch ein bestimmter Punkt eines Knochens als schmerzhaft fixirt, oder der Schmerz durch Druck da und dort gesteigert werden. Eben so selten findet sich nachweislich Exsudation in einem Gelenke. Die Schmerzen sind vag, zumeist in den Abendstunden heftiger.

Am häufigsten stellt sich Kopfschmerz ein. Die Kephalalgie des Prodromalstadiums ist oft unbedeutend, mehr ein Eingenommensein des Kopfes, das den ganzen Tag über währt, das Denken und Arbeiten erschwert, aber den Schlaf nicht stört. Meist ist er heftiger und exacerbirt in den Abendstunden. Zuweilen ist derselbe überaus heftig, so sehr, dass die Kranken die Nächte schlaflos zubringen, stöhnen und klagen, eine Empfindung angeben, als wenn in den Schädel gebohrt oder derselbe in einen Schraubstock gespannt würde (Kephalalgia nocturna, dolores terebrantes nocturni). Sonderbarerweise wird der Druck mit den Händen manchmal dabei gar nicht schmerzhaft empfunden.

Ein andermal dagegen ist zugleich die Berührung des Kopfes höchst schmerzhaft, so sehr, dass die Kranken nicht einmal den Druck des Bettkissens vertragen und lieber die Nächte im Bette sitzend und

wach oder halbschlummernd zubringen, ehe sie der Steigerung des Kopfschmerzes durch den Druck beim Liegen sich aussetzen. Ich habe Kranke gesehen, die durch die Intensität der Prodromalkephalalgie nahe zur Verzweiflung sich getrieben fanden und nur mit aller Mühe von unsinnigen Streichen abgehalten werden konnten.

Tagsüber vermindern sich die Kopfschmerzen, oder hören sie auch ganz auf. Bisweilen treten sie in einem regelmässigen Quotidiantypus auf, abendlich um eine bestimmte Stunde, so dass man in solchen Fällen sich verleitet fühlt, Chinin in grossen Dosen zu geben. Die Erfahrung lehrt, immer ohne Erfolg. Es ist immer die antisyphilitische Behandlung, die der Kephalalgie ein Ende macht.

Um diese Zeit findet sich auch zumeist schon Angina, aber in der Regel von wenig specifischem Charakter.

Bisweilen erscheint auch schon um diese Zeit eine schmerzhafte Knochenauftreibung über der Stirne, dem Seitenwandbein, der Clavicula, oder Exsudatansammlung in den kleineren Gelenken, dem Sternoclaviculargelenke, den Phalangeal- und Carpalgelenken, manchmal in einem Kniegelenk. Doch ist all' dies im Ganzen selten.

Alle diese Erscheinungen gehen häufig ohne Fieber vor sich, oft auch mit einer geringen Temperatur- und Pulsfrequenzsteigerung.

Manchmal etablirt sich früher schon, häufiger in den letzten Tagen der Prodromalperiode ein wohlcharakterisirtes, aber doch wieder individuell verschieden geartetes Fieber, das seit Güntz's Arbeit [1]) wiederholt erörterte **Eruptionsfieber der Syphilis**, oder das sogenannte **syphilitische Fieber**.

Dasselbe zeigt sich in der Regel als continuirlich remittirendes und gegen Abend exacerbirendes Fieber, ohne besonders hohe Temperaturcurven, selten mit deutlichem Kältestadium, bisweilen jedoch mit einer Temperatursteigerung zu 39°—40° C.

In einigen Fällen ist auch Milzschwellung bei frischer Syphilis beobachtet worden, doch bleibt es dahingestellt, inwiefern dieselbe in dem Prozesse selber begründet war [2]).

Nun erscheint unter Andauer der geschilderten Prodromalsymptome auf der allgemeinen Decke ein **Exanthem** von ganz specifischem Charakter, entweder ein Fleckenausschlag — Roseola syphilitica — oder mit dieser untermischt, oder auch ausschliesslich ein Knötchenexanthem, selten auch eine andere Eruptionsform.

Mit dem Auftreten des specifischen Hautexanthems ist die constitutionelle Syphilis declarirt. Man betrachtet dasselbe als Manifestation der specifischen Blutvergiftung, als **ersten Ausbruch der allgemeinen Syphilis**.

Derselbe fällt zumeist in die 7.—10. Woche und verzögert sich kaum jemals über die 12. Woche von der Infection an gerechnet.

---

[1]) Siehe Litteratur. Edmund Güntz (l. c. pag. 75), das syphilitische (Erupitions-) Fieber mit dem der acuten Exantheme vergleichend, sagt von demselben, dass es von letzterem durch das längere Incubationsstadium und das kürzere Prodromalstadium sich unterscheidet. — Bremer l. c. fand unter 19 beobachteten Fällen 1 ohne Fieber, 12 mit der höchsten Temperatur von 38°, 5 von 39° und 1 von 40° C.

[2]) Weil, cit. Vierteljahrschr. f. Dermat. und Syphil. 1874. pag. 600; und 1875. pag. 362. — Werner, ibid. 1877. pag. 406.

War jedoch schon vorher, während der Incubationszeit, eine antisyphilitische Behandlung angewendet worden, so kann die Eruption auch in den 4.—6. Monat fallen. Sie wird aber, wie die Erfahrung lehrt, keineswegs durch eine solche Präventivkur unmöglich gemacht. Im Gegentheil. Die Syphilissymptome erscheinen dennoch, aber später, in grosser „Unordnung", insoferne sie von der typischen Reihenfolge abweichen, und von intensiverem Charakter. Andererseits wird angegeben, dass vehemente Einflüsse physischer und psychischer Natur, körperliche Strapazen, Hunger und Elend, deprimirende oder aufregende Gemüthsaffecte, den Ausbruch der allgemeinen Syphilis zu beschleunigen vermögen. Jedenfalls können sie den Charakter der ersten Symptome bedeutend verschlechtern.

Allgemeine Pathologie der constitutionellen Syphilis.

§. 100. Das Auftreten des ersten charakteristischen Exanthems bezeichnet den Beginn einer Erkrankungsperiode des Gesammtorganismus, deren Dauer und Ende nicht mehr abzusehen ist. Es hat zwar Aerzte gegeben, welche annahmen, dass die constitutionelle Syphilis, einmal etablirt, zeitlebens nicht mehr das befallene Individuum verlässt. Allein diese Meinung ist sicher irrthümlich, wie dies namentlich aus den später zu erörternden Fällen der sogenannten syphilitischen Reinfection hervorgeht. Die syphilitische Diathese kann vollständig erlöschen.

Allein eben so sicher ist, dass wir von dem Augenblicke an, als die allgemeine Blutvergiftung durch das Erscheinen der genannten Symptome sich kundgegeben hat, nicht mehr zu sagen vermögen, wie viele Monate oder Jahre das Uebel anhalten, und ob es in dem betreffenden Falle überhaupt jemals ein Ende finden werde.

Innerhalb dieser nunmehr eingeleiteten Krankheitsperiode von unbestimmt langer Dauer kommt es zur Entwicklung von ausserordentlich mannigfachen Erkrankungen, zunächst der allgemeinen Decke und der angrenzenden Schleimhautpartien, demnächst der Fascien, der Gelenke, des Periost, der Knochen, der Knorpel, der Muskeln, alsdann auch der Augenmedien, der parenchymatösen Organe, des Nervensystems, kurzum mit der Zeit möglicherweise aller Organe, Gewebe und Gewebssysteme.

Die hier angedeuteten, als Symptome und Folgen der Syphilis auftretenden Krankheiten sind, abgesehen von der Verschiedenheit ihrer Localisation, ausserordentlich mannigfaltig und unterschiedlich einerseits in Bezug auf ihre klinischen Charaktere, ihre Form, Intensität, Verlaufsweise, Dauer und ihre Bedeutung für das betroffene Organ und Individuum und andererseits bezüglich der Zeit ihres Auftretens, endlich rücksichtlich ihrer Contagiosität und Vererbbarkeit.

In dem Charakter und der Reihenfolge dieser so zahlreichen und mannigfaltigen Symptome ist jedoch ein gewisser regelmässiger Typus nicht zu verkennen, von dem zwar sehr erhebliche Abweichungen möglich sind, aber dennoch der ganze Krankheitsverlauf im Grossen und Ganzen beherrscht wird.

Diese Verhältnisse begründen das in verschiedener Weise zum

Ausdruck gelangte Bestreben nach einer sachgemässen, für die Orientirung in der Praxis und im Studium geeigneten Eintheilung der Syphilissymptome in mehrere Perioden oder Stadien.

Die Perioden der Syphilis.

§. 101. Der grössere Theil der Autoren, welche um die Wende des 15. und 16. Jahrhunderts über die neu aufgetauchte Seuche handelten, hat die der „Lues" zugehörigen Krankheitserscheinungen summarisch angeführt und wenn auch mit der mehr oder weniger klaren Andeutung, dass die Genitalgeschwüre der Erkrankung der anderen Organe vorangingen, dennoch die letztere nicht in bestimmter Weise chronologisch von den ersteren geschieden; so dass der Schluss erlaubt ist, dass um jene Periode die heute als Folgeerscheinungen der örtlichen Ansteckung angesehenen Krankheitsformen fast unmittelbar, und ohne die jetzt allgemein hervorgehobene Zwischenfrist der so genannten Incubation, in Erscheinung traten. Nur einzelne Schriftsteller jener Epoche unterschieden schon schärfer die Initialsymptome von den Folgezuständen der Ansteckung und unter diesen selbst Früh- und Spätformen, so Joh. de Vigo (1503), der die Lues gallica recens von der Lues confirmata unterscheidet und Thierry de Héry (1532), der im Sinne der heutigen Anschauung die Symptome der Lues als vorausgehende folgende und nachträglich auftretende anführt, „desquels (symptômes) les uns précèdent, les autres suivent, les autres surviennent" (Lancereaux l. c. pag. 60).

§. 102. Wesentlich wie der letztgenannte Autor, aber doch zum erstenmale unter Geltendmachung von präcisen Unterscheidungsmerkmalen hat Ricord, damals vom unitaristischen Standpunkte, auch die Schanker zur Syphilis rechnend, diese eingetheilt in primäre, secundäre und tertiäre. Als primäre Syphilisformen sollten gelten alle unmittelbar durch die Ansteckung hervorgerufenen, praktisch als „örtliche" bezeichneten Krankheitserscheinungen, also Schanker aller Art, auch der indurirte und die dazu gehörige Drüsenaffection (Bubo). Zu den secundären Syphiliserscheinungen zählte Ricord die unmittelbar und in den ersten Monaten nach der Incubation erscheinenden Eruptionsformen an der allgemeinen Decke der Schleimhaut, allgemeine Adenitis, Iritis, Orchitis, Seborrhoe, Alopecie, wesentlich aber die mit Schuppung, oder höchstens oberflächlicher Eiterung zur Involution gelangenden Exantheme, Flecken-, Knötchen- und Pustelsyphilis. Neben der klinischen Eigenschaft der mehr oberflächlichen Erkrankung der Organe und der zeitlichen Beschränkung auf die ersten Monate, allenfalls die ersten Jahre nach erfolgter Infection, sollten die secundären Symptome auch noch nosologisch sich charakterisiren durch Nichtcontagiosität, neben der Uebertragbarkeit durch Heredität. Die tertiären Erscheinungen umfassten alle in den späteren Jahren und in der Regel zugleich die tiefer gelegenen Gebilde und inneren Organe betreffenden, zum Theile destructiven Prozesse der Haut, des Unterhautzellgewebes (Gummata), der Gelenke, des Periost, der Knochen, der parenchymatösen Organe, des Nervensystems, welche Krankheitsproducte zu-

gleich weder durch Contagion, noch durch Heredität übertragbar seien, sondern an der Nachkommenschaft allenfalls als Scrophulose oder Rhachitis in Erscheinung träten.

Abgesehen davon, dass das Gegentheil von Ricord's ursprünglicher Angabe, d. i. gerade die hohe Contagiosität der sogenannten secundären Syphilisformen (Papeln, breites Condylom) schon sehr früh durch das Experiment (von Waller, Rinecker u. A.) so wie durch die Praxis erwiesen worden ist, und auch die Heredität der sogenannteu tertiären Formen nach der klinischen Erfahrung durchaus nicht in Abrede gestellt wird, so kann auch nicht einmal die chronologische Abgrenzung der constitutionellen Syphiliserscheinungen in der erwähnten Form aufrecht erhalten werden. Gummata, Knochenaffectionen, Iritis, kurz alle der Spätperiode vindicirten Formen kommen gar nicht selten schon in der ersten Eruptionsperiode zur Beobachtung, und wie Andere so habe auch ich Tophi, tief ulcerirende Gummata, Retinitis zugleich mit der Roseola des ersten Ausbruchs, oder innerhalb der ersten Krankheitswochen gesehen. Auch lässt sich keineswegs, wie einigemal behauptet worden (Bärensprung), anatomisch, ebenso wenig wie klinisch ein Unterschied ausfindig machen zwischen den charakteristischen Affectionen der secundären und der tertiären Periode, zwischen Papel und Gumma, welche im Gegentheil nach Entwicklung, Verlauf und histologischen Eigenschaften sich vollkommen gleichen und nur nach dem Unterschiede des anatomischen Sitzes und des Umfanges auch in ihrer äusseren Erscheinungsweise differiren. Und die Charakterisirung der Frühsyphilisformen als „hyperämischer“ (Bärensprung) oder „irritativer“ (Virchow), der Gumma- und Spätsyphilisproducte als „tuberculöser“ (Bärensprung) oder „neoplastischer“ (Virchow) besagt keine wesentliche Trennung. Nur möchte ich durchaus nicht, wie Virchow und nach ihm auch Andere — wohl der Dualitätstheorie zuliebe — gethan, die Indurationsknoten mit dem Gumma identificiren und sei derselbe auch thatsächlich, wie Virchow meint, anatomisch von dem Gumma nicht zu unterscheiden, oder gar wie Bäumler, der die Induration mit der Papel gleich stellt. Denn klinisch sind Entwicklung, Bestand, Ansehen, Dauer und Involutionsweise der Sclerose so eigenartig, so ganz und gar specifisch, und von denen des Gumma verschieden, dass wir zwar begreifen, wenn ein Anatom, nicht aber wie ein Kliniker diesen Unterschied in Abrede stellen mag.

§. 103. Von manchen Autoren (Hutchinson, Bäumler u. A.) ist gleichsam als Unterschied der secundären von den tertiären Syphiliserscheinungen geltend gemacht worden, dass letztere auf Jodtherapie prompt sich bessern, auf Quecksilber dagegen verschlimmerten, die ersteren aber sich diesbezüglich gerade umgekehrt verhielten. Ich vermag dieser Angabe und in der Allgemeinheit nicht zuzustimmen und meine daher, dass auch der auf dieselbe gefusste Unterschied zwischen den Symptomen des secundären und tertiären Stadiums nicht durchgreift.

Von den obigen Einschränkungen aber abgesehen, stimmt doch Ricord's Eintheilung der Syphilis im Allgemeinen mit den thatsächlichen Verhältnissen überein, und hat sich dieselbe deshalb auch in dem klinisch-praktischen Verkehre wesentlich erhalten. Die seitherigen

Versuche, statt dieser zweifellos mangelhaften Eintheilung eine bessere zu geben, sind eben nicht gelungen. Die Ausdehnung der ursprünglichen chronologischen Reihe durch Anfügung einer vierten Syphilisperiode, quaternäre Syphilis (Lanceraux, von Sigmund) oder gar einer fünften Periode, welche den sogenannten syphilitischen Marasmus (Sigmund) oder die Folgezustände der Syphilis („Sequelae“ J. Hutchinson, Sam. Wilks, Bäumler) in sich fasste, bietet wohl keine genauere Orientirung. Zeissl trifft mit seiner Scheidung der constitutionellen Syphilis in das „Stadium der nässenden Papeln und das Stadium der gummösen Neubildungen“ unleugbar das Richtige, da „das Auftreten der ersten gummösen Knoten in der allgemeinen Bedeckung, oder in anderen Organen eine beinahe constante Exclusion der nässenden Papeln involvirt“. Aber doch nur „beinahe“ und es bleibt doch die Thatsache aufrecht, dass exquisit schwere Spätformen mit den leichteren Frühsymptomen sich zusammenfinden. Auspitz's Vorschlag, in der Syphilis die erste Periode als acute der späteren als chronischen entgegenzustellen, bedeutet wohl nicht mehr als eine Umschreibung der chronologischen Eintheilung und der in ihr gelegenen beiläufigen Dauer der einzelnen „Perioden“, während Reder's Vergleich[1]) des Krankheitsverlaufes der ersten Syphilisperiode mit den acuten Exanthemen, des der Spätperiode mit dem hypothetischen inneren Vorgange bei metastatischen Prozessen eben nur ein Vergleich ist und gerade die chronologische Eintheilung stillschweigend zur Grundlage nimmt.

§. 104. In der That berücksichtigt man die hier angedeuteten Schwierigkeiten einer sachgemässen und zutreffenden Eintheilung der Syphilis, so möchte man beinahe auf eine solche verzichten, wenn nicht immer wieder das praktische Bedürfniss sich geltend machen würde, die wechselvollen Phasen, welche der syphilitische Krankheitsprozess innerhalb eines jahrelangen Bestandes aufweist, zur eigenen Orientirung und zum Zwecke der leichteren gegenseitigen Verständigung einigermassen kenntlich abzugrenzen.

Dieses praktische Bedürfniss nun vorwiegend in's Auge fassend, glauben wir zunächst auf das im allgemeinen Theile (pag. 35) Gesagte hinweisen zu sollen, wonach zunächst zwei Hauptperioden der syphilitischen Erkrankung unterschieden werden müssen. Die eine umfasst die an Ort und Stelle der Inoculation des syphilitischen Giftes entstehenden Erscheinungen und deren unmittelbare Folgen, d. i. also die idiopathischen Formen, entsprechend der primären oder örtlichen, localen Syphilis im ursprünglichen Sinne Ricord's und der Unitätslehre, Schanker aller Art (auch Bubonen) und den Initialformen der Syphilis (Sclerose, Induration) im Sinne der deutschen Dualitätslehre. Diese Periode währt vom Beginne der Ansteckung bis zum Erscheinen des ersten Exanthems, durchschnittlich demnach 6—8—12 Wochen.

Die zweite Hauptperiode, von da ab gerechnet und ohne bestimmbare Dauer, auf Monate, Jahre, oder selbst das ganze Leben sich erstreckend, schliesst die symptomatischen Syphiliserscheinungen

[1]) A. Reder, Die Perioden der Syphilis. Arch. f. Dermat. und Syphilis. 1871. pag. 40.

in sich, alle solche Erscheinungen, die als Symptom der constitutionellen Syphilis gelten, bezeichnet also die Periode der Lues universalis, der constitutionellen Syphilis, oder Syphilis sensu stricto.

Innerhalb dieser zweiten Hauptperiode nun, die selber von unbestimmbarer und höchst variabler Dauer, grenzt sich der erste Zeitraum dadurch kenntlich ab, dass die Krankheitserscheinungen (Exantheme, Angina, Kopf- und Gelenkschmerzen, selbst auch schwerere Symptome nicht unähnlich den acuten Exanthemen (Reder) in mehr acuter Weise und unter sichtbarer Theilnahme des Gesammtorganismus (Fieber, schlechtes Aussehen) sich entwickeln und rückbilden und der ganze Symptomencomplex auch ohne therapeutische Beeinflussung spontan zu einem vorläufigen Abschlusse, oder selbst zum gänzlichen Verschwinden gelangt. Dieses Stadium nun, welches 2—6—8 Monate beträgt und vorwiegend der Secundärperiode Ricord's, der „acuten" Periode, der „Frühperiode" anderer Autoren entspricht, möchte ich als Eruptionsperiode bezeichnen.

Dieser folgt in der Regel (wofern nicht die Lues gänzlich erloschen) ein Zeitraum von mehreren Monaten der Latenz der Syphilis, innerhalb welcher der Kranke meist subjectiv sich vollkommen wohl befindet und auch objectiv keinerlei Erscheinungen der Krankheit wahrzunehmen sind. Nach unbestimmter Frist treten jedoch wieder charakteristische Symptome der Lues auf, auf der Haut, der Schleimhaut, oder in anderen Geweben und Systemen, und damit ist die Recidivperiode eröffnet.

§. 105. Von da ab können nun Perioden der Latenz und der Recidive von je unbestimmbarer Dauer und in unbestimmbarer Zahl, also durch Jahre und Jahrzehnte, das ganze Leben hindurch sich abwechselnd folgen und ablösen. Die Krankheitssymptome treten da zuweilen acut, meist aber träge und ohne besondere Reaction des Gesammtorganismus auf.

Es ist demnach zunächst der erste Latenz-Intervall, welcher die Recidivperiode von der ihrerseits wieder chronologisch feststehenden Eruptionsperiode zeitlich abgrenzt, und sie unterscheidet sich überdies durch den unregelmässigen und schleichenden Gang der Krankheitserscheinungen.

Wesentlich ist aber, wie schon früher auseinandergesetzt, die Art und Form der Gewebsveränderungen in der ganzen Epoche der constitutionellen Syphilis des Organismus dieselbe, man mag die Productionen der Eruptionsperiode mit denen der Früh- oder Spätrecidive vergleichen.

Dennoch machen sich aber auch noch innerhalb dieser wesentlichen Gleichheit Verschiedenheiten der Eigenschaften geltend, deren Kenntniss eine noch genauere Orientirung in der chronologischen Reihenfolge der Erscheinungen gestattet.

Je näher der Infection (d. i. innerhalb der Eruptionsperiode und den ersten Jahren der Recidivperiode), desto mehr producirt die Krankheit zahlreiche, aber individuell weniger umfangreiche, topographisch-anatomisch oberflächlich gelegene und leicht, d. i. ohne Zerstörung der Gewebe sich rückbildende Krankheitsprozesse. Man findet also Erkrankungen der allgemeinen Decke sub forma zahlreicher Flecke und Knötchen, allenfalls Pusteln und entzündliche Affectionen des

Rachens. Zugleich sind die Exantheme universell, daher auch grossentheils symmetrisch.

Je weiter von der Infection entfernt, also je später in der Recidivperiode vorgerückt, desto mehr werden die tief gelegenen Gebilde, Corium und subcutanes Gewebe, Fascien, Gelenke, Periost, Knochen, parenchymatöse Organe ergriffen, desto massiger sind die einzelnen Productionen (Gummabildungen), neigen sie zu Destruction, sind sie geringer auch an Zahl und Localisation; also vorwiegend regionäre und asymmetrische Productionen.

Endlich manifestirt sich ein physiologischer Unterschied mit dem chronologischen Fortschritt der Krankheit, indem während der ganzen Eruptionsperiode und der ersten Jahre der Recidivperiode (Stadium der nässenden Papeln nach Zeissl) fast alle Gewebe, besonders die pathologischen, des Organismus, unter letzteren also namentlich die Papeln, so auch das Blut, das Sperma höchst contagiös, die Krankheit sich also höchst ansteckend und vererblich erweist; in den ersten Jahren der Recidivperiode (Früh-Recidivformen) die Contagiosität verringert oder aufgehoben ist, die Heredität sich dagegen noch geltend macht; endlich in der späteren Recidivperiode (mit den „tardiven" Syphilisformen) aber selbst die erbliche Uebertragbarkeit erloschen zu sein scheint.

Indem wir glauben, dass zur allgemeinen Orientirung in dem protrahirten und wechselvollen Krankheitsverlaufe der Syphilis diese im Allgemeinen mit den Thatsachen übereinstimmenden Anschauungen genügen dürften, gehen wir hiemit zur speciellen Pathologie der constitutionellen Syphilis über.

Da die der Lues angehörigen Krankheitsprozesse, wie bereits erwähnt, während der ganzen Dauer der syphilitischen Diathese an jedwedem Gewebe und Organe auftreten können, so sollen sie auch nach den individuellen Arten der letzteren einzeln vorgeführt werden, mit dem Vorbehalte, dass wir jederzeit auch die chronologische und nosologische Beziehung der einzelnen Krankheitsformen znr Gesammterkrankung in gebührender Weise kennzeichnen.

Syphilis der allgemeinen Decke (Syphilis cutanea).

Die syphilitischen Exantheme. Die Syphilide.

Allgemeine Symptomatologie.

§. 106. Wie schon hervorgehoben wurde, ist es die allgemeine Decke, an welcher vorwiegend und von allem Anfang an die Symptome der allgemeineu Syphilis erscheinen. Man begreift die durch Lues universalis veranlassten Erkrankungen der allgemeinen Decke unter dem Namen der Syphilis cutanea oder der Syphilide.

Ein solches Exanthem ist es auch, welches das allererste unzweifelhafte Signal der zu Stande gekommenen allgemeinen Infection darstellt. Aber auch in den viel späteren Zeitläuften, nach vielen Monaten und Jahren, tauchen noch Hauterkrankungen mit dem Charakter ihrer specifischen Ursache auf und nach ihrer Anwesenheit fahndet der praktische Arzt jedesmal, wenn er sich darüber vergewissern will, ob in dem entsprechenden Momente der Organismus als noch von der Seuche behaftet erklärt werden soll oder nicht.

Ihre Gegenwart ist ein positives Zeichen der allgemeinen Syphilis. Deshalb hat man auch von jeher ihrem Studium grosse Aufmerksamkeit gewidmet. Allein man kann nicht sagen, dass ihre Kenntniss in dem wünschenswerthen Grade zum Allgemeingut der Aerzte geworden ist. Schuld daran ist zunächst der Umstand, dass nur wenige Autoren in der Darstellung der specifischen Charaktere der Syphilide eine solche Präcision an den Tag legen, dass der Lernende einen fixen Anhaltspunkt für die Diagnose gewinnen kann und weiter, bei vielen Aerzten, der Mangel an Uebung in dem Anschauen und Beurtheilen solcher Exantheme.

Wie die Syphiliserscheinungen im Allgemeinen bezüglich der Reihenfolge ihres Auftretens eine schon in einem früheren Kapitel gekennzeichnete Ordnung einzuhalten pflegen, in dem Sinne namentlich, dass eine gewisse Gruppe derselben gleich zu Beginn der Allgemeinerkrankung in einer gewissen regelmässigen Folge sich abwickelt, ein anderer viel inhaltreicherer Theil nach einem kürzeren oder längeren Intervall, aber sodann in nicht mehr näher determinirbarer Reihe und Ordnung sich einstellt, so ist dies auch mit den syphilitischen Hautexanthemen der Fall, die ja auch den hervorragendsten Theil der syphilitischen Symptome ausmachen.

Ein Theil derselben tritt sofort als erste Manifestationserscheinung der Syphilis auf, ein anderer viel mannigfaltigerer erst in späteren Zeiträumen. Dennoch geht es nicht an, will man die Syphilide gut verstehen lernen, diesen chronologischen Unterschied allein berücksichtigend, die Syphilide dem entsprechend in zwei Klassen einzutheilen. Ich halte vielmehr dafür, dass dieselben nicht blos ätiologisch als durch Syphilis bedingt und für Syphilis zeugend, sondern auch pathologisch als eine einheitliche Krankheitsfamilie betrachtet werden müssen, weil, wie ich im Verlaufe demonstriren werde, die frühen und die späten Formen wesentlich denselben Prozess darstellen und die zwischen den einen und den andern sich ergebenden Form- und Verlaufsverschiedenheiten genügende Anhaltspunkte bieten für einen sachkundigen Rückschluss auf ihr chronologisches Verhältniss zu der bestehenden Allgemeinsyphilis. Ich gehe demnach zunächst ohne Rücksicht auf das Zeitverhältniss der einzelnen Syphilisformen zur Allgemeininfection auf die Schilderung der allgemeinen Charaktere der Syphilide über.

Allgemeine Charaktere der Syphilide.

§. 107. Wie die pathologischen Prozesse aller Gewebe, so sind auch die der allgemeinen Decke und damit auch jene durch Syphilis

bedingten nur solche, welche in den Rahmen der schon bekannten pathologischen Prozesse, namentlich der Entzündung im weitesten Sinne und der Neubildung fallen.

Sie erscheinen demnach unter denselben Formen wie jene, als Flecke, Knötchen, Knoten, Pusteln, Schuppen, Krusten, Geschwürsbildung und in derselben Anordnung, Gruppirung, Anreihung, Ausbreitungsweise u. s. w.

Da aber die Aerzte seit Willan-Bateman gerade nach diesen äusseren Merkmalen die Hautkrankheiten zu beurtheilen sich gewöhnt haben, weil eben die äusseren Erscheinungen einer physikalischen Beschreibung im kürzesten Wege zu Grunde gelegt werden können, so hat man die aus einer solchen geschöpfte Nomenclatur der nicht syphilitischen Hautexantheme auch auf die Syphilide übertragen und sie als Macula, Roseola, Psoriasis, Impetigo, Rupia, Variola, Acne, Eczema, Ecthyma, Herpes, Pemphigus, Lichen, Lupus u. s. f. bezeichnet, indem man durch Hinzufügung des Attributes „syphiliticus, -a, -um“ Genügendes für die Unterscheidung der nicht syphilitischen von den syphilitischen Hautkrankheiten geleistet zn haben glaubte. Allein die unter so verschiedenen Namen angeführten Krankheitsformen, sofern sie nicht syphilitische sind, stellen nach ihrem klinischen Verlaufe, nach ihrer pathologischen Bedeutung und ihren ätiologischen Momenten so verschiedenartige Prozesse dar, dass dieselben sicherlich nicht als eine einzige zusammengehörige Familie betrachtet werden können, z. B. Pemphigus und Acne.

Nicht so verhält es sich mit den Syphiliden. Diese, obgleich aus denselben klinischen Morphen sich zusammensetzend wie die nicht syphilitischen Exantheme, haben zunächst eine gemeinschaftliche Ursache, das ist die Allgemeinsyphilis. Ueberdies tragen sie für jeden Fachkundigen unzweifelhaft mehr als irgend ein Product dieser Diathese das Gepräge des Specifischen an sich, sie mögen sonst unter einander noch so sehr differiren, wie z. B. Lichen syphiliticus von einem exulcerirten Gumma.

Deshalb müssen die Syphilide unter einem sie vereinigenden Gesichtspunkte betrachtet werden.

Nach meiner Auffassung ist die unverkennbare Specificität im Charakter der Syphilide der Ausdruck einer Summe von Erscheinungen, welche den pathologisch anatomischen Verlauf, das ist so zu sagen die Geschichte der einzelnen syphilitischen Efflorescenzen ausmachen, welche Uebereinstimmung des Verlaufes wieder in einer gemeinschaftlichen Quelle, das ist in dem ätiologischen Momente, der syphilitischen Diathese, begründet ist.

§. 108. Zunächst verstehe ich unter Syphiliden der Haut nur solche durch Syphilis bedingte Erkrankungen der allgemeinen Decke, welche in ihr genuin entstanden sind, nicht von einem untergelagerten Gewebe, Periost, Knochen auf die allgemeine Decke sich fortgesetzt haben. In diesem Sinne nun betrachtet, finde ich an denselben drei constante und allen Syphilisefflorescenzen der Haut zukommende Charaktere hervorzuheben:

1) Auf der Höhe ihrer Entwicklung präsentiren sie sich als nicht nur macroscopisch, sondern auch microscopisch beinahe scharfbegrenzte, gleichmässig dichte, mit dem Finger greifbare, daher unter dem

Fingerdruck nicht schwindende Infiltrate der obersten Coriumschichte und der Papillen. Ein syphilitisches Knötchen von der Grösse eines Hirsekorns, wie es dem Lichen syphiliticus angehört, oder ein Knoten von Bohnen- und Haselnussgrösse, wie ein cutanes Gumma, bietet in dieser Beziehung constant denselben klinischen Charakter, dieselbe innere Zusammensetzung dar. Sie unterscheiden sich nur durch ihren Umfang. Schon hier sei erwähnt, dass microscopisch diese Infiltrate aus einer beinahe gleichmässigen und sehr dichten Zellenanhäufung um die Gefässe und innerhalb des Fasern-, des Papillar- und Coriumgerüstes bestehen.

2) Das die syphilitische Efflorescenz constituirende (Zellen-) Infiltrat geht nie eine bleibende Organisation ein. Es gelangt stets zur Rückbildung und zum Schwunde entweder durch Resorption, oder durch eitrigen Zerfall, und an seiner Stelle bleibt jedesmal eine Atrophie des betreffenden Hautgewebes zurück, da auch die Elemente des letzteren zum Theile mit zur Resorption gelangen.

Leider sind wir heutzutage noch nicht so weit, die Formelemente, welche diese Infiltration ausmachen, von Infiltrationszellen anderer Natur zu unterscheiden. Sonst wäre mit dem Nachweis specifischer Charaktere an den Zellen selbst ihr Unterschied gegenüber von nicht syphilitischen Producten wissensahaftlich festzustellen. Es gab eine Zeit, wo man einem solchen Ziele nahe zu sein glaubte. Es war, als Bärensprung an dem Gewebe der Schankersclerose, die von ihm als erste Production der allgemeinen Syphilis angesehen wurde, ein besonderes chemisches Verhalten zu erkennen glaubte; und später als E. Wagner ein Aehnliches von dem Gummaknoten, von ihm deshalb Syphiloma benannt, behauptete. Man ist von diesem vermeintlichen Nachweis specifisch histologischer Charaktere zurückgekommen. Seit Virchow erklärt hat, dass er die Formelemente der Syphilisproducte von denen anderweitiger sogenannter Granulationen nicht unterscheiden könne, haben so ziemlich alle Autoren in ähnlich negativem Sinne sich über diesen Punkt geäussert.

Aber Eines ist sicher, es liegt viel Wahres in der so vielfach angeführten Aeusserung Virchow's, dass die Zellen der syphilitischen Infiltration von Haus aus den Charakter der Unreife und der Unfähigkeit zur bleibenden Organisation an sich tragen, in welchem Sinne auch ich mich an einer andern Stelle geäussert habe.

Freilich ist damit blos die subjective Wahrnehmung Einzelner von einem gewissen optischen und chemischen Ausdruck der die Syphilisefflorescenzen bildenden feinen Elemente ausgedrückt, welcher vor der Hand die naturwissenschaftliche Formel fehlt. Doch ist nicht unwichtig, dass der klinische Verlauf dieser histologischen Wahrnehmung entspricht, dass thatsächlich die Elemente der Syphilisinfiltration constant zur Aufsaugung, oder zum eitrigen Zerfall gelangen, dass diese Erscheinung demnach zu ihrer allgemeinen Charakteristik gehört.

3) Diese Rückbildung erfolgt nach einem bestimmten Modus, ebenso wie das Wachsthum. Die Efflorescenz vergrössert sich stets peripher. Die periphersten Theile einer jeden syphilitischen Efflorescenz sind demnach die jüngsten. Sie zeigen daher auch die klinischen Charaktere einer jüngsten Infiltration und bestehen am längsten. Die

centralen sind immer die ältesten und daher sind es diese, welche immer zuerst schwinden.

§. 109. Aus den drei hier aufgezählten Grunderscheinungen geht die ganze Reihe jener Veränderungen hervor, welche einerseits den Syphiliden das klinisch-specifische Gepräge verleihen und andererseits ihnen den Ruf der Vielgestaltigkeit verschafft haben, und sie in ihrem äusseren Ansehen den nicht syphilitischen Hautexanthemen so ähnlich machen.

Soweit bei einer Hautefflorescenz diese Grundcharaktere der Entwicklung und Rückbildung, und die Reihenfolge dieser Erscheinungen deutlich ausgeprägt sind, können wir gewissermassen die Geschichte dieser Efflorescenz von der Haut ablesen; damit zugleich mit apodiktischer Gewissheit ihren specifischen Charakter erkennen und sie als „syphilitisch“ diagnosticiren.

Wo diese Erscheinungen durch irgend welche Umstände, wie wir sie kennen lernen werden, undeutlich, oder unterbrochen oder bereits geschwunden sind, ist auch die Diagnose nicht mehr so gesichert, oder gar unmöglich.

Bietet eine einzige Efflorescenz alle diese Charaktere dar, z. B. eine Papel in der Flachhand, oder am Nacken, oder auf der Stirne, bedarf es keiner weiteren unterstützenden Merkmale. Ist dies nicht der Fall, dann können mehrere Efflorescenzen, die in verschiedenen Stadien der Entwicklung und Rückbildung sich befinden, zu diesem Charakterganzen in dem Auge des Beobachters vereinigt werden.

Es ändert an diesen Verhältnissen nichts, ob die Rückbildung mittels einfacher Atrophie, Resorption und Schuppenbildung, oder mittels Eiterung, Geschwürs- und Krustenbildung einhergeht. Immer bleibt das ursprünglich scharf begrenzte Infiltrat das Wesentliche der syphilitischen Production und ich wiederhole nochmals, ich kenne keinen diffusen Infiltrationsprozess der Haut, welcher durch Syphilis bedingt wäre. Wo ein solcher vorhanden ist, ist derselbe lediglich das Product der Confluenz mehrerer nahegelegener Infiltrate, was an und für sich selten vorkommt und mehr durch die Oertlichkeit, als durch das Wesen des Prozesses bedingt ist. Oder es ist derselbe der Ausdruck einer Complication von entzündlicher Infiltration um eine syphilitische. Ich werde im Verlaufe der Beschreibung der speciellen syphilitischen Hautkrankheiten auf diese Verhältnisse näher einzugehen Gelegenheit haben.

§. 110. Von den hier geschilderten Cardinalmomenten scheint es in zweifacher Weise eine Ausnahme zu geben, doch ist sie nur scheinbar.

Zunächst bei der Roseola syphilitica. Hier ist kein Infiltrat zu constatiren. Auf microscopischen Schnitten ist jedoch zu demonstriren, dass bei der Roseola das Zelleninfiltrat nur aus dem Grunde fehlt, weil eben der Proliferationsprozess an der Stelle nicht bis zu dieser Höhe gediehen ist und dass die Roseola selbst nur ein pathologisches Vorstadium zur Papel bildet, wie dies aus den tagtäglich zu beobachtenden Fällen zu entnehmen ist, in welchen im Centrum des Roseola-Fleckes eine gegen die Peripherie sich abdachende Papel vorhanden ist.

Das zweite Vorkommniss wird durch die kleinpustulösen Syphilide

gebildet, bei welchen klinisch das Infiltrat nur sehr schwer erkennbar ist. Hier liegt dieser Mangel an dem Umstande, dass die centrale Partie der Papel von einem Hohlraume, dem Follikel, occupirt ist. Bei fortschreitender Entwicklung ist jedoch das früher geschilderte klinische Charakteristicum zu constatiren.

Da also nach dem Gesagten unter manchen Umständen die geschilderten Charaktere nicht in der erwünschten Deutlichkeit ausgeprägt sind und in der Beurtheilung des Krankheitsprozesses es von grossem Werthe ist, möglichst viele Anhaltspunkte zu gewinnen, so müssen auch andere klinische Merkmale der Syphilide aufgesucht und als unterstützende Momente verwerthet werden, welche von den Klinikern längst gekannt und diesbezüglich geltend gemacht worden sind. Als solche sind anzuführen:

1) Runde, rundliche, scharfbegrenzte Form der syphilitischen Efflorescenzen, der jüngsten wie der ältesten, ein Symptom, welches mit der anatomischen Wesenheit im Vorausgehenden erklärt wurde.

2) Die mehr livid-rothe (kupferrothe) Farbe, die um so mehr dem Dunkelbraunroth sich nähert, je älter die betreffende syphilitische Efflorescenz ist.

Es ist wahrscheinlich, dass dieses dunkle Colorit durch die von Seite der dichten Zelleninfiltration veranlasste Compression der feinsten Gefässe und consecutiven Austritt von Blutfarbstoff herrührt, wozu noch der eine solche Färbung begünstigende lentescirende Verlauf der einzelnen syphilitischen Productionen kommt. Dass an abhängigen Körperstellen (untere Extremitäten) ein solches Colorit sich am leichtesten entwickelt, ist ja von daselbst localisirten anderweitigen chronischen Exanthemen längst bekannt.

Es steht dahin, ob nicht auch die specifische Diathese an der dunkeln Färbung ihrer Producte mit Schuld trägt.

3) Die Schuppen, welche auf den in Rückbildung begriffenen syphilitischen Efflorescenzen sich vorfinden, sind in der Regel von geringer Mächtigkeit, weil ja der zur Resorption gelangende Infiltrationsknoten dem Hautgewebe selbst angehört, die Proliferation der Epidermis nicht wesentlich ist und die Rückbildung selbst nur langsam vor sich geht. Sie sind weiter meist schmutzigweiss. Immer erscheinen sie im Centrum der Efflorescenz, niemals vorweg an der Peripherie, da ja die Rückbildung im ältesten Theile, im Centrum, zuerst erfolgt. So lange das Knötchen nicht in seiner ganzen Ausdehnung in das Resorptionsstadium getreten, wird die centrale Schuppe durch den jüngsten, peripheren Antheil des Knötchens umgeben, welches als brauner, braunrother, derber, durch Druck nicht verdrängbarer Infiltrationssaum die mittelständige Schuppe von der umgebenden gesunden Haut abtrennt.

4) Die Krusten, d. i. das Eintrocknungsproduct von Serum, Eiter und Gewebsmassen auf ulcerirenden syphilitischen Knoten, sind wegen der Trägheit des sie veranlassenden Vorganges in der Regel von der Beschaffenheit älterer derartiger secundärer Krankheitsproducte, also dunkelschwarzbraun bis gelbbraun, missfärbig, dick und trocken.

In der vom Centrum nach der Peripherie in ringförmigen Absätzen abnehmenden Dicke und Trockenheit derselben ist auch der

in gleicher Richtung fortschreitende Ulcerations- und Detritionsprozess äusserlich erkennbar ausgeprägt. Wie die Schuppen, so sind auch die Krusten von einem braunrothen, derben Infiltrationssaum, dem jüngsten Theil des peripheren Knotens umgeben und von der gesunden angrenzenden Haut getrennt. Wird die Kruste beseitigt, so wird jedesmal der syphilitische Knoten mit den Erscheinungen der entsprechenden Rückbildung im Centrum, entweder der durch Schwund bedingten mittleren Einsenkung, oder einem charakteristischen Geschwüre, zu Tage liegen.

5) Der specifische Charakter dieser Geschwüre selbst. Ein syphilitisches Geschwür der Haut präsentirt sich bei mässigem Umfange als ein wie mit dem Lochbohrer ausgehackter, schankerähnlicher Substanzverlust mit infiltrirten Rändern; bei vorgeschrittener Entwicklung in nierenförmiger Gestalt, mit äusserem, convexen, infiltrirten, steil abfallenden, die Erscheinungen des Zerfalls darbietenden und innerem flachen, granulirenden, gegen eine centrale Narbe sich allmälig verlierenden Rand.

6) Die vorwiegend Kreisen und Kreissegmenten entsprechende Anreihung und Gruppirung der syphilitischen Efflorescenzen.

7) Die Polymorphie der syphilitischen Eruptionen. Diese kommt in zweierlei Weise zu Stande.

Einmal finden sich gleichzeitig auf der Haut Efflorescenzen, verschieden nach ihrer paradigmatischen Form, Verlaufsweise und Grösse.

So gleichzeitig Flecke, kleine und grosse Knötchen und Knoten, schuppende, zu Pusteln umgewandelte und ulcerirende Knoten.

Zweitens erscheint das Syphilid polymorph, selbst wenn es aus gleichartigen Efflorescenzen sich zusammengesetzt hat, in dem Sinne, dass gleichzeitig Efflorescenzen jedweden Entwicklungs- und Rückbildungsstadiums sich vorfinden: frische, auf der Höhe ihrer Entwicklung angelangte, in Rückbildung begriffene und überdies gleichzeitig Symptome schon vollständigen Schwundes anderer Efflorescenzen. Diese letztere Art von Polymorphie ist besonders charakteristisch und für die Diagnose verwerthbar, weil sie ja gleichzeitig den ganzen Gang der im früheren geschilderten typischen Entwicklungs- und Rückbildungserscheinungen der syphilitischen Productionen, die sonst nur in successiver Weise an der einzelnen Efflorescenz verfolgt werden können, von der Haut abzulesen gestattet.

8) Die Abwesenheit oder Geringfügigkeit der durch die syphilitischen Hautproductionen veranlassten Juckempfindung.

9) Gewisse Eigenthümlichkeiten der Localisation, der zufolge die Syphilide häufiger und reichlicher sich vorfinden auf der Stirne, der Nacken- und Stirnhaargrenze, nächst den Eingangsöffnungen der Körperhöhlen, um die Augen, Nasen- und Mundwinkel, in der Furche der Ohrmuschel, in der Umgebung des Afters, an den Gelenksbeugen, an den durch gegenseitige Berührung gebähten Hautstellen der Genitalfalten, Mammal-Sternalfurche, nebstdem an der Beugeseite des Handwurzelgelenkes, am Nabel, endlich häufig an der Flachhand und Fusssohle.

10) Die symmetrische Entwicklung der Syphilide, welche durch das gleichzeitige und gleichmässige Auftreten der Erkrankung, namentlich der Recidiven, an den correspondirenden Gelenksbeugen, beiden Handtellern, beiden Fusssohlen u. s. w. sich kundgibt.

Es ist nicht zu übersehen, dass viele der hier aufgezählten Merkmale auch nicht syphilitischen Hautkrankheiten zukommen, und in einzelnen Fällen von syphilitischer Hauterkrankung auch fehlen können. Deshalb ist es nothwendig, die Syphilide nach ihren besonderen klinischen Formen und Verhältnissen gesondert vorzuführen.

Eintheilung der Syphilide.

§. 111. Wie die syphilitischen Symptome überhaupt, nach der früheren Darstellung, weder ganz zweckmässig in secundäre, tertiäre und quaternäre, noch in acute und chronische, noch in frühe, den acuten Exanthemen analoge, und spätere, metastatisirende eingetheilt werden können, so gilt dies auch für das hier zu besprechende Einzelsymptom der allgemeinen Syphilis, die Syphilide.

Für die praktische Orientirung ist wohl die Thatsache festzuhalten, dass auch die Syphilide, wie die anderweitigen Syphiliserscheinungen, in der ersten Zeit der Erkrankung topographisch mehr oberflächlich, in der späteren Zeit mehr in den tieferen Gewebsschichten der Haut und des subcutanen Zellgewebes sich entwickeln, dass sie weiter in den früheren Perioden in grösserer Menge, mehr als allgemeine Eruption, aber mit geringer Massenhaftigkeit der einzelnen Efflorescenzen, in den spätern Zeiten der Erkrankung dagegen massiger, aber geringer an Zahl, also mehr regionär auftreten. Diese Verhältnisse gestatten auch ohne Weiteres einen Rückschluss auf das zeitliche Verhältniss der vorliegenden Hauterkrankung zu der seiner Zeit stattgehabten Ansteckung.

Doch gelten diese Verhältnisse nur im Allgemeinen und es ist immerhin festzuhalten, dass die syphilitischen Erkrankungen der Haut aller Perioden, der frühesten wie der spätesten, ihrem physiologischen und pathologischen Werthe nach eine identische und einheitliche Klasse darstellen. Wir haben, wie noch die specielle Symptomatologie begründen wird, gar keine Ursache, Denjenigen zuzustimmen, welche einem isolirt auftretenden, späten Hautexanthem, welches zweifellos die Charaktere der Syphilis an sich trägt, blos aus dem Grunde die Eigenschaft einer Abart, oder Spielart der Syphilis, einer Pseudosyphilis, eines Syphiloids und wie die Namen alle heissen, zuschreiben, weil zu einer solchen Periode nicht gleichzeitig alle Beziehung zu der seiner Zeit stattgehabten Infection, oder die letztere überhaupt vollständig klar gestellt ist.

Durchschnittlich aber präsentiren sich die Syphilide in einzelnen Typen, deren wesentlicher Charakter in der morphologischen Eigenschaft der sie zusammensetzenden Efflorescenzen ausgeprägt ist, indem, unbeschadet der früher erwähnten ersten Art der Polymorphie, dennoch im Grossen und Ganzen die Syphilide aus vorwiegend morphologisch gleichartigen Efflorescenzen sich zusammensetzen und allenfalls nur die morphologisch einander näher stehenden in mehr weniger deutlich kennbaren Uebergängen sich gleichzeitig auf der Haut vorfinden.

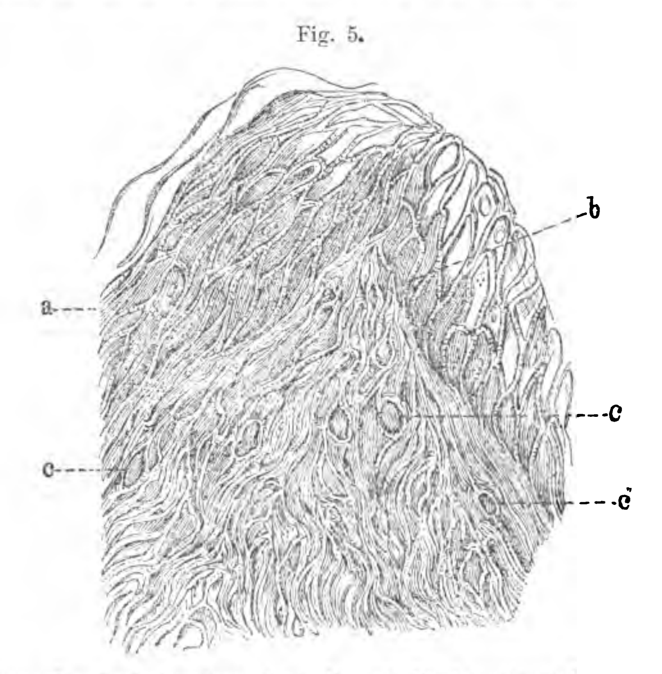
Als diese typischen Formen sind anzuführen:

1) Das Fleckensyphilid, Roseola syphilitica;
2) Das Knötchensyphilid, Syphilis cutanea papulosa;

oder exsudativen Vorgängen in der Haut auch von Anderen wiederholt gesehen worden sind; als auch Körperchen (c, c′, c″), welche nach der sehr plausiblen Darstellung von Heitzmann als in ihre Proliferation einleitender Umänderung befindliche Bindegewebskörperchen angesehen werden müssen.

Fasst man die erwähnten Veränderungen von Seite der Gefässwände und die eben beschriebenen der Bindegewebskörperchen zusammen, so scheint die Annahme gerechtfertigt, dass durch den Vorgang bei der Roseola syphilitica Zelleninfiltration zwar nicht zu Stande gekommen, allein allem Anscheine nach auf dem besten Wege in

Fig. 5.



Senkrechter Durchschnitt einer einem Roseola-Flecke entsprechenden Papille.
(Vergr. Hartn. Oc. 3. Obj. 10. à l'immersion.)

a Stachelzellen; *b* geschwänztes Bindegewebskörperchen. *c*, *c*′, *c*″ geschwellte Bindegewebskörperchen (auf dem Wege zur Proliferation?).

doppelter Art eingeleitet ist: durch die Betheiligung der Gefässe, und durch die beginnende Proliferation der Bindegewebskörperchen.

Dieser Befund und die eben dargelegte Deutung desselben stehen im Einklange mit der klinischen Erfahrung, dergemäss die scheinbar nur aus Hyperämie bestehende syphilitische Macula im Centrum zu einer Papel sich erheben, ja der ganzen Ausdehnung nach in eine Papel sich umwandeln kann.

Diagnose und Differentialdiagnose der Roseola syphilitica.

§. 115. Es gibt eigentlich kein Exanthem, welches beim Festhalten der geschilderten, sehr wenigen, aber ausserordentlich charakteristischen

Merkmale der Roseola syphilitica mit der letzteren Hautkrankheit verwechselt werden könnte. Dennoch kommen solche Irrthümer vor, besonders bezüglich der im Folgenden aufzuführenden Exantheme, welchen eine theilweise Aehnlichkeit mit Roseola syphilitica zukommt.

Diese Exantheme sind: 1) Das Erythema exsudativum multiforme (Hebra). Dieses tritt immer am Hand- und Fussrücken zuerst auf. Die Flecke desselben vergrössern sich binnen wenigen Stunden und confluiren alsbald zu diffusen, oder annulären, figurirten, an den älteren Stellen alsbald livid werdenden Flecken. Da die Flecke der Roseola syphilitica niemals sich vergrössern und confluiren, so liegt ja schon in diesem Umstande ein unverkennbares differentielles Merkmal. Wenn frische Erythemflecke auf dem Stamme erscheinen, dann muss auf dem Handrücken bereits die Erscheinung der diffusen lividen Färbung vorhanden sein. Man hat also in dem letzteren Umstande ein Corrigens gegen Irrthümer bezüglich der Roseola syphilitica.

Das Erythema ab ingestis, a balsamicis ist oft mit Urticaria gepaart. Die Letztere schützt selbstverständlich vor Verwechslung mit Roseola. Da bisweilen mit Syphilis auch Tripper vergesellschaftet ist und gegen diesen eventuell Copaivabalsam genommen wurde, dieser aber ein Erythem veranlassen kann, so wird man auf die Charaktere des letzteren um so mehr achten müssen, um solches nicht für ein syphilitisches Exanthem zu halten.

Schwieriger ist die Differenzirung gegenüber der Roseola cholerica, welche im Stadium der Reconvalescenz von Cholera aufzutreten pflegt und eine grosse Stabilität der einzelnen Flecke aufweist.

Noch schwieriger ist die Unterscheidung gegenüber Roseola typhosa, und namentlich dem papulösen Typhusexanthem, welches nach Dietl benannt wird.

Roseola typhosa erscheint ebenfalls am Stamme, ändert sich oft binnen einer Woche nicht und die Knötchen des Dietl'schen Exanthems tragen nur noch mehr zur Täuschung bei, weil sie für eben auftauchende syphilitische Papeln imponiren.

Sind vollends die fieberhaften Erscheinungen des Typhus nur mässig entwickelt und bedenkt man andererseits, dass auch beim Ausbruch der Roseola etwas Fieberbewegung vorhanden sein kann, so ist es begreiflich, dass bei Gegenwart eines Schankers und dem Zutreffen der Zeitperiode, 6—8 Wochen nach der Infection, eine Täuschung sehr leicht möglich ist.

Gegenüber den Flecken der Roseola typhosa ist eine Differenzirung nur äusserst schwierig. Dagegen sind die Knötchen des Dietl'schen Exanthems nicht mit syphilitischen Papeln zu verwechseln. Sie sind von der Grösse eines Hirsekorns bis Gerstenkorns, länglich ausgezogen, von auffallendem, gummiartigen Glanze, wie mit Gummiguttfarbe hingespritzt und zeigen keinerlei den syphilitischen Papeln eigenthümliche Involutionserscheinungen, d. i. weder centrale Depression, noch Schuppung.

Dagegen kann nur Leichtsinn es verschulden, wenn Roseola syphilitica mit Pityriasis versicolor, oder Herpes tonsurans maculosus verwechselt wird. Die ersere bildet neben den der Roseola ähnlichen, kleinen Flecken meist auch diffuse, in der Regel auch mehr gelbbraune Flecke, die unter Schülferung mit dem Fingernagel weg-

gekratzt werden können, was selbstverständlich bei der Roseola nicht gelingt.

Bei Herpes tonsurans maculosus schuppen bereits die allerkleinsten Efflorescenzen, und noch mehr die grösseren vom Centrum gegen die Peripherie; die Flecken der Roseola syphilitica schuppen niemals.

Das Verhältniss des Fleckensyphilides zur syphilitischen Allgemeinerkrankung.

§. 116. Die Roseola syphilitica bildet in der Regel das allererste auf der allgemeinen Decke erscheinende Symptom der Allgemeinsyphilis und erscheint demnach binnen 6—12 Wochen nach erfolgter Ansteckung. Man kann demnach bei Anwesenheit der Roseola voraussetzen, dass gleichzeitig Spuren der Infection, Schanker, Bubonen, Sclerose etc. zugegen sind. Das Exanthem bedeutet demnach in der Regel exquisit recente Syphilis. Doch tritt die Roseola auch als Recidivform auf, nach einem halben Jahre, selbst einem Jahre, da allerdings seltener und zumeist mit grossen, lividrothen Flecken, in welchem Falle selbstverständlich die obige Schlussfolgerung nicht passt.

Was die weitere Bedeutung der Roseola in meritorischer und prognostischer Beziehung anbelangt, so ist die Erkrankung als solche, weil sie die oberflächlichsten Gewebe betrifft und, ohne Gewebsveränderungen zurückzulassen, schwindet, eine leichte Erkrankung. Allein bezüglich der Lues universalis ist eine Schlussfolgerung nicht gestattet in dem Sinne, dass, weil sie selbst eine leichtere Affection darstellt, die Erkrankung des Organismus ebenfalls leicht und bald heilbar sein müsse.

Für den Augenblick ist immerhin der Symptomencomplex der relativ günstigste. Nach Schwund der Roseola kann der Organismus auch für immer geheilt sein. Allein es mag ebenso häufig nachträglich die ganze Reihe der schweren Syphilissymptome sich einstellen, wie in Fällen, wo von vornherein ein intensiveres Krankheitsproduct in der Haut gebildet wurde.

Das Knötchensyphilid (papulöses Syphilid, Syphilis cutanea papulosa).

§. 117. Das papulöse Syphilid charakterisirt sich durch die Production von runden, rundlichen, scharf begrenzten, braunrothen, auf ihrer höchsten Entwicklung an der Oberfläche glatten, glänzenden, derben und beim Fingerdruck nicht schwindenden, mehr weniger über das Hautniveau emporragenden Knötchen, welche weder jucken noch schmerzen, während ihres ganzen Verlaufes den Knötchencharakter beibehalten und nach kürzerem oder längerem Bestande mit Hinterlassung von ihrer Grösse entsprechender Atrophie (Einsenkung) der Haut sich bis zum vollständigen Schwund involviren.

Nach ihrer Grösse variiren die Knötchen von der eines Hirse- oder Mohnkorns, bis zu der einer Linse, Bohne und darüber.

Obgleich sehr oft Knötchen von der genannten Grössenverschiedenheit gleichzeitig auf der Haut vorhanden zu sein pflegen, so überwiegen

doch in den einzelnen Fällen zumeist Knötchen von einer bestimmten Durchschnittsgrösse, so dass der Gesammtcharakter des klinischen Bildes von der in vorwiegender Zahl vorfindlichen Knötchenart bestimmt wird.

Darnach kann das papulöse Syphilid zweckmässig unterschieden werden als:

1) Grossknötchensyphilid,
2) Kleinknötchensyphilid.

Das Grossknötchensyphilid (Grosspapulöses Syphilid, Syphilis cutanea lenticularis).

§. 118. Dasselbe besteht aus linsen-, erbsen-, bis bohnengrossen, auch noch grösseren, flach erhabenen, konisch oder halbkugelig hervorragenden, derben Knötchen und Knoten von den oben geschilderten, dem papulösen Syphilide im Allgemeinen eigenthümlichen Eigenschaften. Beim Zufühlen mit dem Finger überzeugt man sich, dass die kleineren dieser Knötchen nur die oberflächlichste Partie des Coriums und des Papillarkörpers betreffen, während die bohnengrossen mit ihrer untern Circumferenz nicht selten bis ins Unterhautzellgewebe hineinreichen.

Entwicklung und Verlauf der syphilitischen Papel.

§. 119. Die Papel entwickelt sich in subacuter Weise binnen wenigen Tagen aus einem vorhergegangenen Fleck, oder auch auf einer früher nicht verändert gewesenen Hautstelle. Sie erscheint von vornherein in dem ihr bestimmten Umfang, oder wächst noch durch einige Tage allseitig bis zu einer entsprechenden Grösse heran. Alsbald auf der Höhe ihrer Entwicklung angelangt, bietet die Papel das den syphilitischen Productionen in der Haut eigenthümliche klinische Gepräge in typischer Weise dar. Sie erscheint scharf begrenzt, braunroth, derb, mit glatter, glänzender Oberfläche.

In diesem Zustande verharrt die Papel Tage oder Wochen. Alsdann treten eine Reihe von Erscheinungen an derselben auf, welche entweder nur der Involution angehören, oder eine Combination dieser mit dem peripher fortschreitenden Wachsthum der Papel darstellen.

Die Involution der Papel erfolgt in der Weise, dass zunächst die Masse derselben abnimmt. Dadurch sinkt das Knötchen ein, die früher gespannt gewesene Haut wird gerunzelt und blättert sich zu Schüppchen. Allmälig wird die ganze Masse des Knötchens resorbirt. Der Atrophie fällt auch ein Theil des von der Infiltration betroffenen Hautgewebes anheim. Bei fortschreitender Rückbildung sinkt demnach die der Papel entsprechende Stelle etwas unter das Niveau der Umgebung ein, wobei dieselbe noch immer braunroth und etwas glänzend erscheint, aber mit gerunzelter oder etwas schuppiger Oberfläche.

Ist endlich die Resorption vollständig zu Stande gekommen, so findet sich an Stelle der Papel eine narbenähnliche, flachgrubige Vertiefung der Haut. Diese ist Anfangs dunkelbraun pigmentirt, wird aber im Verlaufe von Wochen vom Centrum nach der Peripherie fort-

schreitend weiss und endlich gleicht sich auch für das Auge die Depression aus, obgleich sie mit dem Finger noch lange fühlbar ist.

Die Schuppenbildung ist dabei bisweilen sehr mässig, ein anderesmal, wenn die Rückbildung etwas rascher erfolgt, auffälliger, wodann man für dieses Stadium, woferne der grösste Theil der Papeln sich in diesem Zustande eben präsentirt, von einem Schuppensyphilid, Syphilis cutanea squamosa, spricht.

Die Schuppen sind in der Regel dünnblättrig, schmutzigweiss und nur da, wo die Epidermis von Haus aus mächtiger entwickelt ist, auch bei sonstigen Desquamationsprozessen schwer sich abhebt, an der Flachhand und Fusssohle, von mächtiger Entwicklung.

Wird die Papel zufällig an der Oberfläche excoriirt, oder findet etwas Serum- oder Blutaustritt unter die Epidermis statt, so werden erstere sammt der Epidermis zu einer Kruste eintrocknen. In beiden Fällen jedoch, ob Schuppen oder Krusten vorhanden sind, ist die Papel das eigentliche Product der Syphilis. Sie liegt stets zu Tage, sobald jene secundären Auflagerungen entfernt werden: nach Abheben der Schuppen als rothe glänzende, runzelige (atrophisirende) Knötchen, nach Entfernung der Krusten mässig excoriirt, wenig nässend, aber niemals exulcerirt.

Höchst wichtig für die Charakteristik der syphilitischen Papeln sind die Erscheinungen, welche zu Tage treten, wenn die Papel einerseits sich involvirt, andererseits zugleich vom ursprünglichen Umfang durch peripher fortschreitende Ausbildung sich vergrössert.

Immer ist es der älteste Theil des syphilitischen Productes überhaupt, demnach auch der Papel, welcher zuerst zur Rückbildung gelangt. Man findet demnach gesetzmässig immer zuerst in der Mitte die Schuppen, denn hier ist der älteste Theil der Papel und es ist eine vollständig irrthümliche und unrichtige Angabe mancher Lehrbücher, dass die Schuppen von der Peripherie zum Centrum fortschreitend sich bilden. Man sieht demnach die die Involution begleitende Schuppenmasse zunächst in der Mitte der Papel; der periphere, jüngste Theil der Papel befindet sich aber im Stadium der recenten Entwicklung, daher als braunrother, derber, glänzender, scharfbegrenzter Hof, um die centrale Schuppe, welche letztere durch jenen charakteristischen unter dem Fingerdrucke nicht schwindenden Infiltrationshalo von der umgebenden gesunden Haut geschieden ist.

Dies ist ein ganz charakteristisches Bild, weil es in der Entwicklung und dem Verlaufe der syphilitischen Production in der Haut ein für allemal begründet ist.

In gleicher Weise ist eine auf dem Wege der Exsudation, Excoriation und Rückbildung zu Stande gekommene Kruste demnach regelmässig im Centrum gestellt, und ebenfalls von einem solchen Infiltrationshalo umgeben.

Sobald die Schuppenbildung bis an die Peripherie des Knötchens vorgeschritten ist, was nur möglich ist, wenn die Papel eben peripher sich nicht mehr vergrössert, dann ist selbstverständlich kein solcher Halo mehr vorhanden. Dann ist aber auch die syphilitische Papel nicht mehr deutlich charakterisirt.

In der Regel erreichen die Papeln, auch wo sie die Tendenz zur

peripheren Vergrösserung haben, keinen grösseren Umfang, als den eines Pfennigs, eines Kreuzers.

In seltenen Fällen, namentlich von Recidivformen, schreitet die papulöse Infiltration in einem grösseren Umfange vor, bis zu dem eines Thalers und darüber.

Alsdann ist zu der Zeit, wo das Infiltrat den Umfang etwa eines Kreuzers erreicht hat, im Centrum die Infiltration längst vollständig geschwunden.

Man findet demnach folgendes charakteristische Bild.

Im Centrum eine weisse, seicht vertiefte, atrophische Hautstelle. Von da nach aussen dunkles Pigment, welches in eine schuppende Partie der vorletzten Infiltrationszone übergeht, während diese selbst durch einen äussersten braunrothen, glänzenden, derben, der jüngsten syphilitischen Infiltration entsprechenden, scharfbegrenzten, erhabenen Wall von der umgebenden gesunden Haut geschieden ist.

Ganz analog gestalten sich die Verhältnisse, wenn, wie dies zwar selten der Fall, über der Papel eine mit trübem Inhalt gefüllte, bläschenartige Efflorescenz sich bildet, oder auf den grösseren, peripher fortschreitenden, annulären Syphilispapeln eine Reihe solcher bläschenartiger Bildungen entsteht. Das Bild sieht unter solchen Umständen einem Herpes circinnatus sehr ähnlich. Die Atrophie im Centrum und der Infiltrationssaum an der Peripherie unterscheiden aber deutlich die syphilitische Production dieser Art von dem nicht syphilitischen Herpes.

Gelegentlich ist zu bemerken, dass es einen Herpes syphiliticus nicht gibt, insoferne diese Bläschen von vorneherein trüben Inhalt haben und ihre Basis immer eine Papel ist.

Die letztgeschilderte Form, ob mit oder ohne solche bläschenartigen Efflorescenzen, stellt die Syphilis papulosa annularis dar. Aus dieser geht durch Zusammentreffen mehrerer solcher Kreise die Syphilis papulosa gyrata hervor, indem die Infiltrationsränder an den gegenseitigen Berührungsstellen rasch zum Schwunde gelangen und nur die peripher stehenden Bogensegmente länger persistiren.

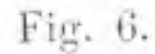
Anatomie der syphilitischen Papel.

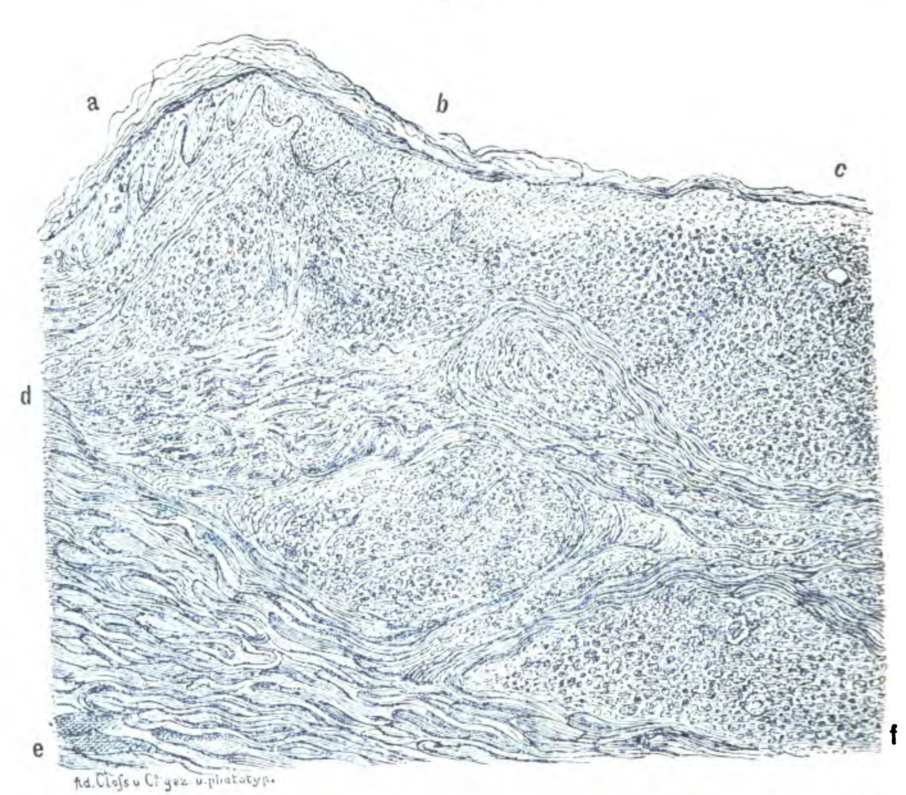
§. 120. Auf senkrechten Durchschnitten eines recenten syphilitischen Hautknötchens, welche zugleich einen Theil der angrenzenden gesunden Haut getroffen haben (Fig. 6), sieht man:

Im Bereiche des syphilitischen Knötchens die Epidermisschichte und die Schleimschichte erhalten. Letztere ist über der Mitte der Papel (*b c*) verschmächtigt, und grenzt sich nur stellenweise deutlich gegen das Corium ab. An anderen Partien ist ihre untere Grenze undeutlich, indem sich ein im Corium vorhandenes kleinmaschiges Netzwerk in das Rete fortzusetzen scheint. Die Zapfen des Rete Malpighii sind nur durch stellenweise mässige Hervorbuchtungen der Schleimschichte angedeutet. Ueber dem peripheren Theil des Knötchens sind die Papillen und das Rete (*a b*) fast normal erhalten. Bei starker Vergrösserung erscheinen die Zellen des Rete geriffelt, viele mit Vacuolen.

Die Papillen sind nur durch stellenweise mässige Einbuchtungen der Schleimschichte angedeutet.

Das die Papillen und das Corium erfüllende Netzwerk ist sehr dicht, und fast gleichmässig von rundlichen Formelementen durchsetzt, die theils den weissen Blutkörperchen ähnlich, theils viel kleiner sind, selbst nur einem Kern des weissen Blutkörperchens gleichen. Sie färben sich sehr ungleichmässig in Carmin; viele sind im Protoplasma und im Kern reichlich von dunkeln Körnern durchsetzt. (Charakter


Fig. 6.



Senkrechter Durchschnitt einer syphilitischen Papel (aus der Rückenhaut eines Lebenden). (Vergr. Hartnack. Oc. 3. Obj. 5.)

a b Randpartie der Papel mit deutlichen Retezapfen und Papillen; *b c* mittlere eingesunkene (atrophische) Partie der Papel, die Grenze zwischen Rete und Papillen verwischt; *d d*, *c f* dichte Zelleninfiltration der Papel entsprechend, und in der Tiefe *d f* scharf begrenzt; *d e* gesundes Coriumgewebe der unmittelbaren Umgebung.

der Hinfälligkeit.) Viele Zellen der Maschenräume hängen durch ein oder mehrere Fortsätze mit den zarten Balken des Netzwerkes selber zusammen.

Ueberdies finden sich im Netzwerke eigenthümlich gestaltete Formelemente, Zellen, die im Körper und Kern um das Zwei- und Dreifache die normalen übertreffen, deren Kern bisquitförmig eingeschnürt

erscheint, und die in ihrem Ansehen an die bei Roseola gefundenen Elemente (pag. 133) erinnern; endlich solche, die fast vollständig in zwei Theile getrennt, hart aneinander lagernd, denselben Maschenraum erfüllen. An einzelnen Stellen finden sich grössere Maschenräume, die einen aus 6—8 zellkernähnlichen, rundlichen, stark glänzenden, dichtgedrängten Körperchen bestehenden Haufen einschliessen. (Riesenzellen.)

Die Blutgefässe erscheinen auf dem Durchschnitte in ihrem Lumen nicht verändert, in ihrer Wandung mit starkglänzenden, rundlichen Kernen versehen.

Nach dem vorangeschickten Befunde stellt sich die syphilitische Papel als das Resultat einer die Papillarschichte und die obere Schichte des Coriums seitlich und in der Tiefe ziemlich scharf abgesetzten, zelligen Infiltration dar. Dieselbe kommt ihrer Beschaffenheit nach am nächsten denjenigen Infiltrationen, welche als Neubildungen, wie bei Lupus, imponiren. Als „Entzündung" im engeren Sinne ist der Vorgang nur schwer zu deuten. Es spricht dagegen die relativ geringe Betheiligung der Gefässe, die mässige Durchtränkung der erkrankten Partie, und der Mangel an pathologischer Veränderung, speciell an Oedem und Zellenproliferation in dem an den Krankheitsherd unmittelbar angrenzenden Corium.

Welchen Verlauf die geschilderte Infiltration weiter nimmt, und welche Veränderungen ferner auf dem Wege der Involution in dem betroffenen Gewebe eintreten können, ist bereits früher geschildert worden.

Verlauf und Dauer des lenticulären Syphilides; Beziehung desselben zur syphilitischen Allgemeinerkrankung.

§. 121. Das lenticuläre Syphilid setzt sich in der Regel aus gleichartigen Efflorescenzen zusammen. Doch variiren dieselben immerhin auch bei einem typischen Falle noch immer bedeutend in der Grösse. Es bietet das beste Beispiel von Polymorphie sowohl in diesem Sinne, als auch in dem anderen bekannten, insofern gleichzeitig Papeln aller möglichen Stadien, eben auftauchende, auf der Höhe ihrer Entwicklung angelangte, in Involution mit oder ohne Schuppen- und Krustenbildung begriffene, und Spuren vollständig geschwundener sich vorfinden.

Schon die einzelnen Papeln brauchen zu ihrem Verlaufe mehrere Wochen, und so bemisst sich denn auch die Dauer eines papulösen Syphilides in der Regel nach vielen Wochen bis Monaten, umsomehr, als die Eruption desselben nicht uno ictu, sondern successive erfolgt und viele Wochen hindurch noch immer neue solche Efflorescenzen zuwachsen.

Mit dem Ueberwiegen der Rückbildung gegenüber der neuen Formation von Knötchen beginnt die totale Involution des Syphilides, welche erst allseitig merklich fortschreitet, wenn eben die Neubildung überhaupt sistirt.

Schmerzen und unangenehme subjective Empfindungen sind mit demselben nicht verbunden.

Dasselbe präsentirt sich entweder in ganz universeller Verbreitung, wobei immerhin einzelne Prädilectionsstellen der Syphilis, z. B.

die Nachbarschaft des Naseneinganges, die Stirne, die Mundwinkel, die Flachhand und Fusssohle, die Gelenksbeugen, Genitalpartien, die Nackenhaargrenze von dichter gedrängten Efflorescenzen besetzt sind, während sie am Stamme mehr gleichmässig vertheilt, oder vielleicht auf dem behaarten Kopf nur spärlich vertreten sind.

Die Vertheilung der Efflorescenzen ist im Uebrigen entweder eine gleichmässige und unregelmässige, oder die Knötchen sind an einzelnen Stellen in Gruppen und Haufen angeordnet, wodann gewöhnlich im Centrum ein oder mehrere hervorragende grosse Knoten, peripher die jüngsten, kleineren sich vorfinden; oder die Knötchen sind in Kreislinien oder vollständigen Kreisen zueinander geordnet, mit einem isolirten Knötchen als Centrum oder ohne ein solches, nach dem Typus des Herpes circinnatus und Iris.

Was die Beziehung des lenticulären Syphilides zur Allgemeinsyphilis anbelangt, so erscheint dasselbe häufig als erstes, den Ausbruch der Allgemeinsyphilis bezeichnendes Exanthem, mit Roseola gemischt, oder ohne solche.

Es tritt aber noch viel häufiger als Recidivexanthem auf, zu wiederholtenmalen, nach Monaten, nach Jahren, selbst nach Dezennien. Innerhalb der ersten Jahre kann dasselbe als universelles erscheinen, geradeso wie der erste recente Ausbruch. Je später der Zeitpunkt seines Auftretens von der ursprünglichen Erkrankung fällt, desto mehr ist das papulöse Exanthem auf einzelne Hautregionen beschränkt und dann zumeist auch ein figurirtes, in Gruppen, Kreisen serpiginösen Linien angeordnet. Es ist demnach auch gestattet ein universelles lenticuläres Syphilid als Symptom einer relativ noch jungen, oder wenigstens noch nicht viele Jahre alten Syphilis anzusehen, aus der Gegenwart eines regionären und gruppirten, figurirten, papulösen Syphilides aber auf eine schon ältere, viele Monate oder selbst Jahre alte Syphilis zu schliessen.

Modification der syphilitischen Papel.

§. 122. Durch bestimmte Localisation, und unter besonderen Einflüssen gestaltet sich das klinische Bild und der Verlauf der syphilitischen Papel in einer von dem geschilderten Typus sehr auffällig abweichenden und darum nicht minder, oder vielleicht deshalb um so mehr charakteristischen Weise.

Da, wo Papeln vielfachen Zerrungen ausgesetzt sind, wie am Mundwinkel, an den Uebergangsfalten der Zehen, werden sie wegen der Starrheit des von ihnen betroffenen Gewebes eingerissen. Es entstehen sehr schmerzhafte Rhagaden, welche durch ihren speckigen Beleg und ihre steilen, derben gegen die umgebende Haut sich deutlich abhebenden Ränder, d. i. die jeweiligen Hälften der Papel, sich in charakteristischer Weise von nicht syphilitischen Rhagaden unterscheiden, wie solche auf einer entzündeten, eczematösen Haut an diesen Oertlichkeiten zu entstehen pflegen.

An den mit dicken Haaren besetzten Hautstellen der weiblichen Genitalien, am Mons Veneris, entwickeln sich die Papeln zu Acneähnlichen, grossen, derben, im Centrum von einem Haare durchbohrten

oder nicht selten eine Pustel oder ein kraterförmiges Geschwür tragenden Knoten.

Praktisch und nosologisch am wichtigsten sind die Modificationen der syphilitischen Papel, welche erstens durch ihre Localisation an der Flachhand und Fusssohle bedingt sind und die sogenannte Psoriasis palmaris und plantaris darstellt, und zweitens diejenige Modification, welche dieselbe durch continuirliche Maceration, Bähung von Seite der Perspirationsflüssigkeit der Haut an in wechselseitiger Berührung befindlichen Hautstellen erfährt, wodurch die Papel zu einem vielfach discutirten, eigenthümlichen Gebilde sich umwandelt, dem sogenannten breiten Condylom, Plaque muqueuse.

Von diesen beiden Varianten der Papel müssen wir etwas ausführlicher sprechen.

Psoriasis palmaris und plantaris.

§. 123. Gegenüber der sehr häufig wahrgenommenen mangelhaften Orientirung in dieser allgemein eingebürgerten Terminologie ist ein für allemal festzuhalten, dass Psoriasis palmaris und plantaris stets eine syphilitische Affection bedeutet. Wenn Psoriasis schlechtweg gesagt wird, meint man immer die nicht syphilitische Hautkrankheit, Psoriasis vulgaris.

Psoriasis, d. i. die nicht syphilitische, kommt in der Regel auf der Flachhand und Fusssohle gar nicht vor, selbst bei Psoriasis universalis nicht. Ausnahmsweise erscheint sie aber doch auch auf der Flachhand und Fusssohle, aber so selten, dass man für diesen Fall, um deutlich zu sein, ausdrücklich sagen muss: Psoriasis non syphilitica palmae manus et plantae pedis.

Was man als Psoriasis palmaris und plantaris allgemein bezeichnet, ist nichts anderes als eine Veränderung der genannten Hautstellen in Folge einer dort localisirten syphilitischen Papeleruption. Es erscheinen auf der Flachhand einzelne oder mehrere, im letzteren Falle auch auf der Volarfläche der Finger, des Daumens, ebenso an dem inneren Fussrande und bei reichlicher Eruption auch in der übrigen Ausdehnung der Fusssohle linsengrosse, braunrothe Papeln, welche nur darum nicht hervorragen und mit dem Finger als solche gefühlt werden können, weil die Epidermis an den betreffenden Stellen, wie bekannt, in einer sehr dicken Lage vorhanden ist.

Im Uebrigen machen die Papeln hier ganz dieselben Veränderungen durch, wie an andern Hautstellen. Jede einzelne wird auf dem Wege zur Involution im Centrum eine, allerdings hier viel mächtigere Epidermisschuppe, und um diese einen Infiltrationshof zeigen, endlich ganz schwinden, nachdem die Schuppung bis an den periphersten Rand rselben vorgeschritten ist. Die Papeln sind häufig unregelmässig 'uirt, zuweilen in der Hohlhand in Kreisen angeordnet. In diesem lle findet sich ein zierliches Bild, eine durch Confluenz der Papeln heinbar gleichmässig braunrothe Infiltration, die nach aussen mit inen Bogensegmenten scharf begrenzt ist und nahe zur Peripherie regelmässigen Abständen situirte, massiger auflagernde, trockene, ssige Epidermisscheiben zeigt, welche je einzelnen Papeln entsprechen.

Psoriasis palmaris und plantaris hat oft einen gleich langen Bestand wie das papulöse Syphilid der übrigen Körperpartien, häufig jedoch besteht dieselbe ungleich länger, viele Monate und selbst Jahre. In diesem Falle entwickelt sich das Krankheitsbild noch viel complicirter.

Jene geschilderte typische Form der Psoriasis palmaris und plantaris breitet sich innerhalb eines so langen Zeitraumes über die ganze Flachhand und die Volarfläche der Finger aus, überschreitet aber niemals den Seitenrand der Flachhand, dagegen nicht selten da und dort die Seitenfläche der Finger, von da auf die Dorsalfläche übergreifend.

Die Flachhand erscheint in einem solchen Falle gleichmässig dunkelroth, schuppend, den normalen Furchen der Gelenksbeugen entsprechend da und dort eingerissen, manchmal mit disseminirten oder, wie geschildert, an der Peripherie regelmässiger angeordneten, dickeren Epidermisschuppen belegt, welche durch die Scheibenform auf ihre Genesis, die Papel, schliessen lassen. Zu äusserst, den Seitenrändern der Flachhand entlang und über die Handwurzelgegend hinüberstreichend sieht man in nicht sehr alten, oder noch im Fortschreiten begriffenen Fällen deutlich den Infiltrationshof, der sich aus den peripheren Segmenten der einzelnen Papeln zusammensetzt.

An den Fingern pflegt die derart fortschreitende Psoriasis auch den Nagelfalz mit zu befallen, der hiemit infiltrirt, rissig erscheint, wodurch zugleich die Ernährung des Nagels beeinträchtigt wird.

Endlich kann auch viele Jahre bestandene Psoriasis palmaris und plantaris complet schwinden, indem das Infiltrat aufgesogen, die Epidermis glatt und geschmeidig wird. Doch erhält die Flachhand selten wieder ihre normale Hautfärbung, weil die durch Jahre hindurch ausgedehnten Capillargefässe nicht mehr ihren Tonus zurückgewinnen. Die Haut erscheint immer braunroth, wenn auch ohne Schülferung der Epidermis.

Im höchsten Grade stellt sich die Affection als sogenannte Psoriasis cornea dar. In dem Falle ist die Haut der Flachhand, oder der Fusssohle mit einer dicken, schwieligen, schmutzig gelbweissen, vielfach zerklüfteten Epidermis bedeckt, deren Risse vom Centrum nach der Peripherie radiär auslaufen. Im Grunde der zerklüftet auseinanderweichenden Epidermisschwielen zeigt sich die Haut dunkel-braunroth infiltrirt, schmerzhaft bei Berührung, beim Beugen und Hantiren, die Hand wird in den Fingern gebeugt gehalten. Doch fehlt unter solchen Verhältnissen häufig der charakteristische periphere Infiltrationssaum, da zur Entwicklung eines solchen Zustandes viele Jahre gehören und in einem solchen Zeitraume die Regelmässigkeit der An- und Rückbildung des syphilitischen Infiltrates an der betreffenden Stelle längst gestört wurde. Auch diese Zustände können noch vollständig behoben werden und hinterlassen eine normale Haut bis auf die meist zurückbleibende telektatische Röthe.

§. 124. Was die Beziehung der Psoriasis palmaris und plantaris zur Allgemeinsyphilis anbelangt, so hat sie in Gesellschaft mit einem universellen papulösen Syphilide nur die Bedeutung des letzteren, welches in einem solchen Falle eben auch die Flachhand und Fusssohle betroffen hat. Doch steht dieselbe keineswegs in einem

regelmässigen Verhältnisse zu der universellen Eruption. Es findet sich ein sehr ausgebreitetes papulöses Syphilid und keine Spur von Psoriasis palmaris und plantaris; oder am Körper nur Roseola und dennoch Papeln der Flachhand und Fusssohle; oder ein sehr geringfügiges papulöses Syphilid und sehr reich entwickelte Psoriasis palmaris und plantaris. Immer stellt jedoch die der ersten Eruptionsperiode angehörige Psoriasis palmaris und plantaris ein eben da localisirtes Syphilid vor; immer setzt sich dieselbe aus einzelnen Papeln zusammen; niemals beginnt sie als eine diffuse Infiltration, was ja eo ipso dem von uns hervorgehobenen Gesetze der syphilitischen Productionen in der Haut widersprechen würde. Unter solchen Verhältnissen schwindet auch die Psoriasis palmaris et plantaris gleichzeitig mit dem Syphilid der allgemeinen Decke. Im Allgemeinen jedoch hat das hier localisirte Syphilid einen viel hartnäckigeren Bestand; es überdauert sehr oft ein anderweitig localisirtes Syphilid um viele Monate.

Noch häufiger ist Psoriasis palmaris et plantaris als Recidivform zu sehen, als welche sie nach vielen Monaten und Jahren, zu wiederholtenmalen, auf beiden Handtellern und Fusssohlen, oder nur auf der einen Seite, wechselständig oder gleichständig, oder auch nur isolirt auf einer Flachhand oder, höchst selten, auf einer Fusssohle aufzutreten pflegt. Auch da beginnt sie immer als papulöse Form und gedeiht nur, sich selbst überlassen, zur Psoriasis diffusa und cornea.

Man kann demnach ohne Weiteres aus der Gestalt der Psoriasis palmaris und plantaris auf das Alter des betreffenden Syphilisfalles Schlussfolgerungen machen.

Auf alle Fälle jedoch ist die Psoriasis palmaris und plantaris, welcher Form und Localisationsweise immer, als Symptom der noch vorhandenen syphilitischen Allgemeinerkrankung anzusehen.

Diagnose der Psoriasis palmaris et plantaris.

§. 125. Die Diagnose der Psoriasis palmaris und plantaris ist sehr leicht, wenn die Anfangsform der Affection vorliegt, da ja die einzelnen Papeln mit den centralen Schuppen ein charakteristisches Bild geben und ein solches gegen andere disseminirte Prozesse der Flachhand, z. B. Schwielen, Hühneraugen, zu sehr absticht. Bei den letzteren grenzt die entsprechende Epidermisschwiele jedesmal unmittelbar an gesunde Haut, während bei der syphilitischen Papel regelmässig der periphere glänzende Saum um die Schuppe vorliegt.

Dagegen ist Psoriasis diffusa et cornea bisweilen ausserordentlich schwer vom diffusen chronischen Eczem der Flachhand und Fusssohle, von Psoriasis non syphilitica, Keratosis, Ichthyosis, Lichen ruber zu unterscheiden, weil bei alten syphilitischen Psoriasisformen die charakteristischen Merkmale der primären Efflorescenzen fehlen, oder undeutlich ausgeprägt sind. In der That kann hier nur sehr grosse Uebung leiten. Ueberdies stehen ja sehr oft gleichzeitig auch anderweitige Symptome der Syphilis für die Diagnose zu Gebote und kann nach einer längeren Beobachtungsfrist aus dem Effecte der antisyphilitischen Behandlung, namentlich mittelst Quecksilberpräparaten, Aufschluss gewonnen werden.

Das breite Condylom (Condyloma latum, Plaque muqueuse).

§. 126. Das flache oder breite Condylom; die nässende Papel, Schleimpapel, Papel, Feigwarze; Papula lata, Condyloma latum, Papilloma mucosum, stellt linsen- bis thalergrosse, rundliche, flache oder knopfförmige, 1—1 1/2 mm emporragende, am Rande steil abfallende, am Grunde etwas eingeschnürte, plateauartige oder im Centrum seicht vertiefte, trockene oder mit einem feuchten, missfärbigen, übelriechenden Detritus belegte, an ihrer Oberfläche glatte, oder drusig-warzige Auswüchse der Haut dar, von braunrother Farbe, oder missfärbig-, grau-eitrigem Ansehen und derb elastischer Consistenz. Sie finden sich ausschliesslich an solchen Hautstellen, welche der andauernden Bähung durch Schweiss, blennorrhoisches Secret, Reibung und Contact mit benachbarten Hautflächen ausgesetzt sind: demnach vorwiegend an den Genitalien, namentlich den weiblichen, in deren nächster Umgebung, um den After, in der Leiste, am Nabel, in der Achselhöhle, in der Furche der weiblichen Hängebrust, auf der Brustwarze, der Ohrmuschel, an den Uebergangsfalten und Seitenflächen der Zehen.

Entwicklung und Verlauf.

§. 127. Das breite Condylom nimmt seine Entstehung aus einer gewöhnlichen syphilitischen Papel unter den eben beschriebenen Verhältnissen der Maceration und Bähung. Durch letztere wird zunächst die Epidermis erweicht, in Form eines Breies abgestossen, worauf die betreffende Efflorescenz mit einer rothen, nässenden, über das Hautniveau nur wenig hervorragenden Fläche sichtbar wird. Erst unter Andauer der genannten Irritamente wächst das die Papel constituirende Infiltrat nicht nur der Fläche nach sehr rasch bis zur Grösse eines Pfennigs und Thalers heran, sondern dieselbe erhebt sich auch alsbald beträchtlich über das Hautniveau mit glatter oder drusiger Oberfläche. Durch Confluenz, oder Aneinanderrücken solcher allseitig sich vergrössernden und wuchernden Papeln entstehen confluirende, ausgebreitete Plaques, denen die Zusammensetzung aus einzelnen Papeln, namentlich an den peripheren Contouren abzusehen ist. Sie vermehren sich überdies beträchtlich durch sogenannte Abklatschung, d. h. an der einer nässenden Papel gegenüberliegenden Hautstelle, welche mit jener andauernd in Berührung steht, entwickeln sich neue solche. Es können so nach und nach z. B. die äusseren und inneren Flächen der grossen und kleinen Labien, Rhaphe und Crena ani, die Leisten und angrenzenden grossen Labien, oder bei männlichen Individuen den Scrotalflächen entsprechend die Schenkelfläche, von theils noch isolirten, theils confluirenden, unter solchen Umständen eine übelriechende, seröse Secretion liefernden Papelmenge besetzt sein, während von der Contactfläche nach der Peripherie fortschreitend die Gebilde an Umfang und Deutlichkeit der Entwicklung abnehmen, bis endlich zu äusserst des Krankheitsherdes nur Papeln gewöhnlicher Formation, oder gar nur Roseola-Flecke angetroffen werden.

In seltenen Fällen erheben sich auf der Fläche einer Papel fadenförmige oder verzweigte, hahnenkammartige, mit trockener Epidermis bedeckte oder feuchte, rosenroth gefärbte, spitze Warzen, Condylomata acuminata, welches Vorkommen von dem gewöhnlicher spitzer Warzen sich dadurch unterscheidet, dass in denselben die Basis der spitzen Warzen nicht von normaler Haut, sondern von dem derben, circumscripten Infiltrat des breiten Condyloms gebildet wird.

Die breiten Condylome können unter Andauer der genannten Symptome viele Monate lang bestehen, auch ein Jahr und darüber.

Unter geeigneten therapeutischen Verhältnissen früher, sich selbst überlassen allerdings später, involviren sie sich allseitig unter allmäliger Abnahme des Nässens und der Infiltration endlich vollständig und hinterlassen sie seichte, atrophische, anfangs dunkelbraun pigmentirte, später weiss erscheinende Flecken.

Anatomie des breiten Condyloms.

§. 128. Wie bei dem syphilitischen Knötchen, so findet sich auch beim breiten Condylom eine die Papillarschicht und das Corium durchsetzende, bisweilen bis in das Unterhautzellgewebe reichende Zellinfiltration, welche seitlich gegen das angrenzende, vollständig normale Gewebe ziemlich scharf abgesetzt erscheint (Fig. 7).

Daneben sind aber auch die Papillen bedeutend vergrössert, zwei- und dreifach verzweigt, häufig kolbig endigend (Fig. 7. *a*).

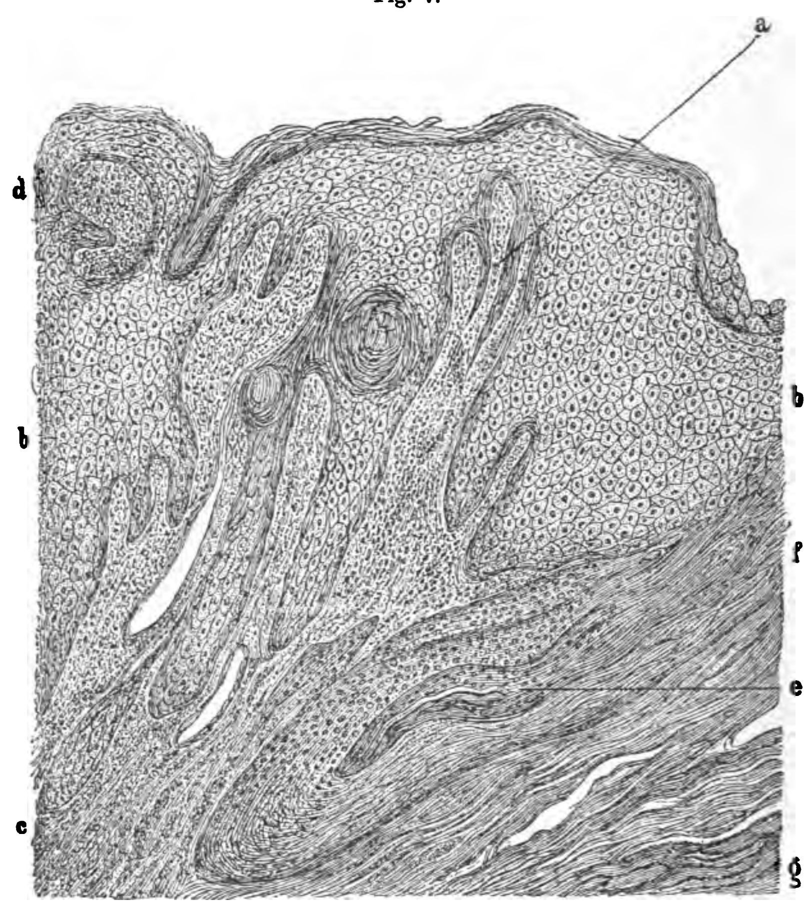
Die Schleimschichte ist an recenteren Condylomen und auch im peripheren Theile nässender Papeln bedeutend verbreitert, ebenso sind ihre Zapfenfortsätze verlängert und verbreitert (Fig. 7. *b*), und grenzen sich dieselben ziemlich scharf gegen das Gewebe der Papillen ab. Nur über den mittleren Partien eiternder, ulcerirender Papeln ist diese Grenze wie verwaschen, dadurch, dass das granulirte, wie bestäubte Ansehen der infiltrirten Papillen auch auf die Zellen der Schleimschichte sich fortsetzt. Zugleich ist die letztere hier verschmälert, oder fehlt sie an den ulcerirten Stellen gänzlich, indem hier die verstümmelten Papillen, oder das eiternde Corium mit den senkrecht aufsteigenden Papillargefässschlingen frei zu Tage liegen.

Bei Zuhülfenahme stärkerer Vergrösserung erkennt man dieselben Verhältnisse des Netzes und der Infiltrationszellen, sowie die gleiche Mannigfaltigkeit ihrer Grösse, Proliferationsformen und des biologischen Ansehens wie von der Infiltration der Papel (pag. 140) beschrieben worden.

Vergleicht man damit die Verhältnisse bei dem nicht der Syphilis zugehörigen spitzen Condylom (Fig. 8), so haben wir hier eben nur Wucherung des Rete und der Papille. Es fehlt aber das dichte Zelleninfiltrat der Papillenbasis und des Coriums. Jene ist aber das wesentliche des breiten Condyloms. Denn dasselbe ist eine Papel und zeigt zunächst dieselben histologischen Merkmale wie diese. Nur unter örtlichen begünstigenden Momenten (Maceration, Bähung) entsteht entzündlich-succulente Infiltration und Wucherung des Stratum papillare, die sofort wieder schwindet, sobald jene Irritation beseitigt wird, wo dann wieder die gewöhnliche Papel zurückbleibt. Die microscopische,

oft auch macroscopische condylomatöse Wucherung stellt also nur einen accessorischen Zustand der Papel dar.


Fig. 7.



Breites Condylom (dem Lebenden entnommen). Senkrechter Durchschnitt. Vergr. Hartnack. Oc. 3. Obj. 5.

a kolbig aufgetriebene, verästigte und verbreiterte, zelleninfiltrirte Papillen; *b* mächtig entwickelte Schleimzellenschichte; *e* zelleninfiltrirtes Corium; *c* Haar mit hypertrophischer äusserer Wurzelscheide; *fg* normal beschaffenes Coriumgewebe, histologische Grenze des breiten Condyloms; *d* Querschnitt einer zelleninfiltrirten Papille.

An der Basis alter, oft geätzter spitzer Warzen bildet sich ein hartes Gewebe, welches jedoch ebenfalls histologisch (wie klinisch) von der Papel sich unterscheidet. Es ist eine Narbe.

Diagnose des breiten Condyloms.

§. 129. Unter Festhalten der beschriebenen Eigenschaften des breiten Condyloms unterliegt dessen Diagnose keinerlei erheblichen Schwierigkeiten. Bei ausgebreiteter Confluenz präsentirt sich allerdings

z. B. das mit demselben besetzte Scrotum, oder erscheinen die Flächen der weiblichen Genitalien unter dem Bilde eines nässenden Eczems, um so leichter, als durch das Secret der Papeln auch die von den letzteren freien Hautstellen benetzt und thatsächlich eczematös

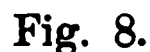
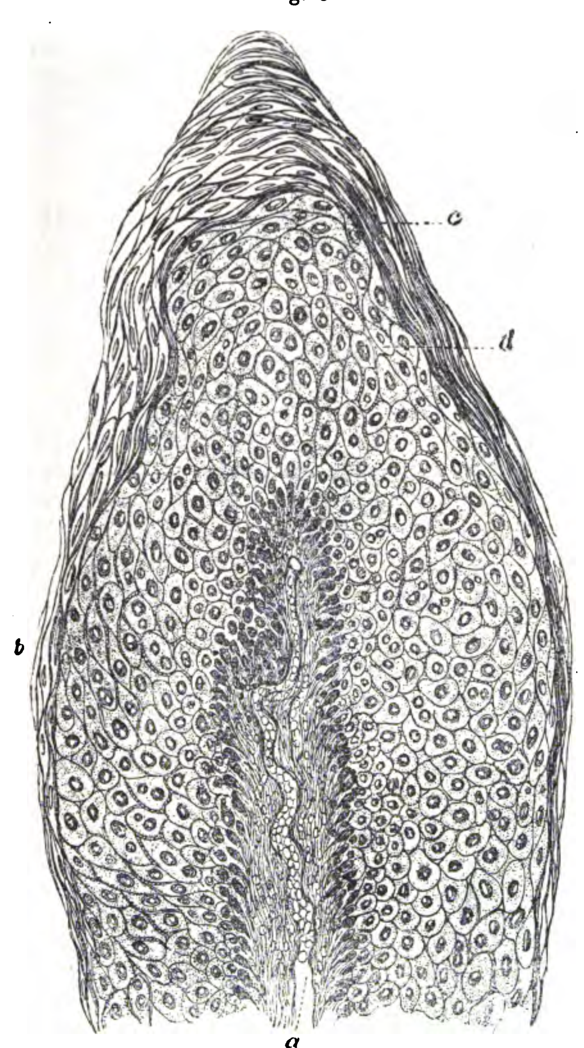


Fig. 8.



Senkrechter Durchschnitt eines Zapfens von Condyloma acuminatum.
Vergr. Hartnack. Oc. 3. Obj. 7.

a Papille mit Gefässschlinge; *c* Hornschichte der Epidermis; *d* Rete mit vielen zweikernigen (proliferirenden) Stachelzellen und bei *b* mit Rundzellen untermengt.

erkranken können. Man erkennt aber immerhin die Papeln aus dem Umstande, dass in dem, einem Eczem entsprechenden, diffusen Entzündungs- und Nässungsherde die scharf begrenzten Contouren von

linsen- bis kreuzergrossen Scheiben, die also Papeln entsprechen, in's Auge springen.

Dass spitze Warzen nicht mit breiten Condylomen verwechselt werden können, ist bei der totalen Verschiedenheit ihrer Charaktere begreiflich. Die ersteren sind fahnen-, faden-, hahnenkammartige Gebilde, welche auf einer normalen Haut aufsitzen und von der Spitze bis auf ihre Basis von einander separirbar. Selbst ihre Combination mit breitem Condylom ist vorhin auf eine verständliche pathologische Basis zurückgeführt worden. Dass endlich die spitzen Warzen nur mit Blennorhöe zusammenhängen, mit Syphilis jedoch gar nichts gemein haben, ist bekannt.

Das Verhältniss der breiten Condylome zur syphilitischen Allgemeinerkrankung.

§. 130. Die Beziehung der breiten Condylome zur syphilitischen Allgemeinerkrankung ist nicht zu allen Zeiten und von allen Autoren im gleichen Sinne aufgefasst worden. Dieselbe erheischt demnach eine eingehendere Erörterung an dieser Stelle.

Die Beziehung des breiten Condyloms zur constitutionellen Syphilis ist eine zweifache. Erstens unterliegt es keinem Zweifel, dass dasselbe ein Symptom der allgemeinen Syphilis darstellt, wie die Papel des papulösen Syphilides, aus welcher es ja regelmässig hervorgeht. Als solches findet es sich demnach auch regelmässig vor gleichzeitig mit dem papulösen Syphilid, an nicht gebähten Hautstellen Papeln gewöhnlicher Formation, an den der Maceration ausgesetzten Hautstellen solche zu breiten Condylomen umgewandelt. Sie können demnach so oft erscheinen als das papulöse Syphilid überhaupt, als erste Eruptionsform sowohl, wie als Recidivform der ersten Jahre. Ueberdies ist zu bemerken, dass das breite Condylom selber als ausschliessliches Recidivsymptom, oder mit Psoriasis palmaris und plantaris vergesellschaftet häufig vorkommt, demnach auch noch viele Jahre nach erfolgter Infection.

Unter all' den genannten Umständen stellt demnach das breite Condylom ipso facto ein Symptom der allgemeinen Syphilis dar; ein damit behaftetes Individuum ist als constitutionell-syphilitisch anzusehen.

Die zweite Beziehung des breiten Condyloms zur Allgemeinsyphilis ist eine sehr merkwürdige. Ich habe schon an einer andern Stelle hervorgehoben, dass die Papel eine zweifache Rolle in der syphilitischen Erkrankung spielt. Dieselbe ist gewöhnlich ein Symptom der allgemeinen Syphilis, häufig jedoch stellt sie eine Primäraffection vor wie der Schanker (vid. pag. 73).

Man wusste schon vor Ricord recht gut, dass eine Person auf die andere die Syphilis übertragen kann, z. B. eine Amme auf ein Kind, in der Weise, dass durch den Contact mit Papeln des einen Individuums auf dem andern Individuum zunächst eine oder mehrere Papeln entstehen. Unter solchen Umständen stellen also die Papeln eine Primäraffection dar. Diese Papeln können sich durch mehrere Wochen wie ein örtliches Uebel, wie ein Schanker verhalten, d. h. durch directe Uebertragung sich regionär vermehren. Nach Verlauf von

2—3 Monaten tritt Allgemeinsyphilis, Roseola und Drüsenschwellung auf, gerade so als wenn die Uebertragung mittels eines Schankers stattgefunden hätte.

Die ursprüngliche Lehre Ricord's, dass die Producte der secundären Syphilis als solche nicht übertragbar wären, hat in praxi niemals, in der Theorie nur vorübergehend sich geltend machen können und ist durch die bereits citirten Experimente von Waller, Wallace, Rinecker und Anderen längst widerlegt. Denn diesen Experimentatoren ist der Nachweis gelungen, dass durch Einimpfung von Secret einer Papel an der Einimpfungsstelle nach Verlauf von 2—3 Wochen nicht ein Schanker, sondern eine Papel entsteht, welche zuerst den geschilderten örtlichen Verlauf nimmt und in der auch für einen Schanker geltenden Zeit zur Allgemeinerkrankung führt. Man weiss auch, dass durch Einimpfung von Blut eines constitutionell-syphilitischen auf ein gesundes Individuum kein Schanker, sondern eine Papel producirt wird mit dem genannten weiteren Effect. Mit einem Worte, es ist klinisch und experimentell erwiesen, dass die Papel auch eine sogenannte Primäraffection darstellen kann, in dem gleichen Sinne wie ein Schanker.

Noch mehr gilt dies aber von in ein breites Condylom umgewandelten Papeln, das ist also dem breiten Condylom selbst. Dieses, als stärker secernirendes und selber ein lebhaft proliferirendes Gewebe darstellendes Gebilde liefert eben ein massigeres und wirksameres Product der Uebertragung, als eine wenig nässende Papel und ist demnach in viel höherem Grade noch ansteckend. An der Stelle, wo sein Secret nun experimentell, oder zufällig auf ein gesundes Individuum sich inoculirt, entsteht ebenfalls eine Papel, oder wenn die örtlichen Verhältnisse hiezu günstig sind, eine nässende Papel, ein breites Condylom.

Wenn demnach ausschliesslich nässende Papeln sich an einem Individuum vorfinden, z. B. bei einem Säugling in den ersten Lebensmonaten, einem noch nicht geschlechtsreifen Individuum, dann können diese Papeln zweierlei bedeuten: entweder eine Recidive z. B. von hereditärer Syphilis, oder von einer aquirirten und wieder verheilten Syphilis; oder aber das Product der erst stattgehabten frischen Ansteckung, welcher eventuell die allgemeinen Erscheinungen erst folgen würden.

Die Analogie zwischen derart entstandenen breiten Condylomen, in welchem Falle sie also die Rolle von Primäraffectionen spielen, und den gewöhnlichen Primäraffectionen, den Schankern, geht so weit, dass, wie nach Schankern, so auch nach derart entstandenen Condylomen, nicht nothwendig Allgemeinsyphilis auftreten muss, wofern sie nur zeitlich genug örtlich behandelt und zum Schwinden gebracht werden.

Endlich ist die Wechselwirkung zwischen Schankern und breiten Condylomen selber zu constatiren, indem man sehr häufig, wie dies jedem erfahrenen Kliniker bekannt ist, den zweifellosen Uebergang von weichen Schankern in Papeln, namentlich bei Weibern, an den Genitalien et circa, und die Umwandlung von Papeln in charakteristische weiche Schanker beobachten kann, eine Thatsache, welche ich auch den minder Erfahrenen gerne vor Augen halten möchte, indem ich

auf die Abbildungen der Tafeln meines illustrirten Syphiliswerkes aufmerksam mache.

Ungeachtet dieser zweifachen Rolle nun, welche das breite Condylom spielt, bleibt dasselbe doch in beiden Fällen dasselbe. Es bedeutet immer Syphilis, einmal noch eine örtliche Affection und einmal ein Symptom der bereits zu Stande gekommenen allgemeinen Syphilis.

§. 131. Trotz dieser so ziemlich allgemein anerkannten Thatsachen liest und hört man doch da und dort die Meinung, als wenn die breiten Condylome als ein von der Syphilis ganz verschiedener Prozess, „idiopathisch" durch Unreinlichkeit, Schmutz etc., wie die Ausdrücke lauten, entstehen könnten (Behrend l. c.). Man hat zu einer solchen Meinung sich verleiten lassen durch jene zahlreichen Fälle, in welchen breite Condylome unter genetisch nicht gut erklärten Umständen sich vorfinden, z. B. bei Kindern, die noch keinen Coitus ausüben konnten; oder durch die Beobachtung, dass in gewissen Gegenden und Ortschaften die breiten Condylome gewissermassen als ein endemisches Uebel angetroffen werden, bei vielen Individuen, Kindern, jungfräulichen Personen und solchen überhaupt, bei welchen keine anderweitigen syphilitischen Erscheinungen sich eruiren liessen.

Ich habe schon auseinandergesetzt, wie auch bei Kindern das Vorkommen der breiten Condylome dieselbe Rolle spielt wie bei Erwachsenen. Sie sind entweder Primäraffecte, wie der Schanker, oder mit Symptom einer auch anderweitig charakterisirten Allgemeinsyphilis: eine Recidive einer hereditären, oder der selbst für Säuglinge gar oft annehmbaren und erweisbaren aquirirten (Contact-) Syphilis.

In dieser Beziehung unterscheidet sich das breite Condylom in Nichts von anderweitigen Syphiliserscheinungen, die auch isolirt als Recidive auftreten können, z. B. Knochentophus, Psoriasis palmaris u. s. f., und wie die letzteren objectiv unfehlbar als Syphilis diagnosticirt werden, ohne Rücksicht auf das Zutreffen oder Fehlen einer anamnestischen Unterstützung, so muss auch dasselbe für die breiten Condylome gelten. Auch bei dem endemischen Vorkommen der breiten Condylome fehlt die Thatsache nicht, dass neben diesen auch zahlreiche andere unzweideutige intensivere Syphilisformen bei der Population sich vorfinden, namentlich ulceröse Haut- und Knochensyphilis. Man hat für diese, in früherer Zeit nach Nationalität und topographischen Verhältnissen verschieden benannten, vermeintlich eigenartigen Endemien, als Rhadesyge, Scarlievo u. s. w., endlich mit Sicherheit die ursprüngliche Quelle als Syphilis nachgewiesen. Die breiten Condylome spielen in dieser Beziehung keine Ausnahmsrolle.

Endlich haben selbst sehr angesehene Aerzte auch auf den Umstand ihre Annahme von der nicht syphilitischen Natur mancher breiten Condylome gestützt, dass diese auf örtliche Behandlung sich involviren. Auf eine solche Behandlung involvirt sich aber auch Psoriasis palmaris und plantaris, involvirt sich ein Tophus und ein Gumma.

Da schliesslich auch das eventuelle Ausbleiben von Allgemeinsyphilis bei primär durch directe Uebertragung aufgetretenen breiten Condylomen sein Analogon in dem Ausbleiben der Syphilis nach anderen Primäraffectionen, wie nach Schankern, findet, so folgt aus der Berücksichtigung all' der geschilderten Umstände, dass das breite Con-

dylom niemals ein von der Syphilis unabhängiger Affect ist, sondern jedesmal Syphilis bedeutet, entweder idiopathische, primäre oder symptomatische, constitutionelle.

Diagnose des papulösen Syphilides.

§. 132. Wir haben für einzelne specielle Formen des Knötchensyphilides, so die Psoriasis palmaris und plantaris und die breiten Condylome, die differenziellen diagnostischen Merkmale bereits angegeben. Es erübrigt nun noch bezüglich des papulösen Syphilides anderweitiger und allgemeiner Localisation und Form in diagnostischer Beziehung das Nöthige vorzubringen.

Ein universelles grosspapulöses Syphilid bietet eigentlich keine Schwierigkeit für die Diagnose. Man sieht an einer so grossen Anzahl von Efflorescenzen die in der Symptomatologie besprochenen wesentlichen Charaktere der recenten Formation, wie namentlich der Rückbildung, das charakteristische Verhältniss zwischen centraler Depression, Schuppung, oder Krustung zu dem glänzenden Infiltrationshalo, die Eigenthümlichkeiten der Gruppirung, der Localisation, der Polymorphie dass ein Irrthum nur schwer möglich ist.

Da überdies ein allgemeines lenticuläres Syphilid der ersten, oder wenigstens den relativ früheren Perioden der Syphilis angehört, so werden auch selten concommitirende charakteristische Erscheinungen von Seite der Schleimhaut, an den Genitalien u. s. w. fehlen.

Anders verhält sich dies beim papulösen Syphilid der späteren Perioden, welche demnach meist nur auf einzelne Oertlichkeiten beschränkt vorkommen. Auch hier gelten noch die allgemeinen Charaktere als Grundlage für die Diagnose. Einzelne Formen, die schon beschrieben worden sind, ähneln jedoch in täuschender Weise nicht syphilitischen Hautkrankheiten. So z. B. ist die Syphilis annularis, welche aus dem weit ausgreifenden, peripheren Fortschreiten einzelner Papeln hervorgeht und flachhandgrosse und darüber ausgebreitete, von einem schmalen, rothbraunen Saum gebildete, einfache und serpiginöse Kreisbögen darstellen, mit Psoriasis vulgaris annularis, mit Eczema marginatum, mit Herpes tonsurans sehr leicht zu verwechseln.

Immer ist der Nachweis einer, wenn auch nur einer einzigen, eine linsengrosse Stelle betreffenden, deutlichen, unter dem Fingerdrucke nicht schwindenden derben Infiltration, einer isolirten Papel für den Syphilischarakter des ganzen Affectes massgebend; ferner der Nachweis der atrophischen Beschaffenheit der Haut im Centrum solcher Kreise. Dieselben Erscheinungen müssen nachgewiesen werden gegenüber von Herpes tonsurans vesiculosus, Erythema Iris und circinnatum und Herpes Iris und circinnatus, wenn auf den annulären oder in Iris-Form gestellten Papeln bläschenartige, hier allerdings von vornherein schon trüben Inhalt bergende, Efflorescenzen entstanden sind. Speciell ist zu erwähnen, dass bisweilen Erythema Iris und circinnatum mit Herpes Iris und circinnatus gepaart, wie ich im Sommer 1877 durch 5 Monate an einem Falle beobachtete, ausnahmsweise, anstatt dem gewöhnlichen Typus entsprechend, binnen Wochen abzulaufen, viele Monate andauert. Die einzelnen Plaques

erscheinen unter solchen Umständen dunkelbraun, im Centrum eingesunken und braun pigmentirt, mit hoher, sehr derber Circumvallation. Durch dieses Ansehen, sowie durch die lange Dauer kann die Affection für Syphilis gehalten werden.

Die Wahrnehmung, dass der derbe Wall der Plaques unter dem Fingerdrucke abblasst und schwindet, also nur das Product von Hyperämie und seröser Infiltration ist und, dass auch bei monatelanger Dauer die Affection nirgends Atrophie der Haut zurücklässt, wird die Natur des Prozesses als nicht syphilitisch verrathen.

Was Psoriasis vulgaris anbelangt, so ist nicht zu übersehen, dass dieselbe neben Syphilis an einem Individuum vorkommen kann. In einem solchen Falle wird man wohl an den bekannten Prädilectionsstellen für Psoriasis, namentlich an den Streckseiten der Gelenke charakteristische Flecke der Psoriasis sehen, oder recente, durch Abkratzen sehr leicht entfernbare Psoriasisefflorescenzen, die von syphilitischen sich deutlich genug unterscheiden.

Da Eczema marginatum und Herpes tonsurans gerade an den Genito-cruralfalten und Gelenksbeugen, wo auch Syphilis sich gerne etablirt, vorkommen, überdies die Haut manchmal an von Eczema marginatum besetzten Stellen in Folge der jahrelangen Dauer des Exsudationsprozesses bedeutend infiltrirt und verdickt sich darstellt, so ist auch das serpiginöse Syphilid diesen gegenüber zu differenziren.

Die genannten nicht syphilitischen Prozesse bieten jedesmal unter dem Fingerdruck sehr rasch abblassende und nach Aufhören des Druckes sich ebenso rasch injicirende Hautränder dar; die ihnen entsprechenden Auflagerungen, aus Epidermisschüppchen und Krüstchen bestehend, sind leicht abzukratzen. Das syphilitische Infiltrat dagegen schwindet weder durch Druck, noch ist es durch Kratzen so leicht zu entfernen. Abgesehen davon wird selbstverständlich der Nachweis von Pilzen bei beiden genannten Dermatomycosen das Seinige zur Aufklärung beitragen.

Gegenüber von Lupus ist das gruppirte und serpiginöse Syphilid ebenfalls schwer zu unterscheiden; doch wollen wir dieses Moment in einem späteren Kapitel besprechen.

Das Kleinknötchensyphilid (Lichen syphiliticus, Syphilis cutanea miliaris).

§. 133. Das Kleinknötchensyphilid präsentirt sich in Gestalt von nadelstich-, mohnkorn- bis stecknadelkopfgrossen und etwas grösseren, mässig erhabenen, braunrothen, glänzenden Knötchen, welche zum grossen Theile disseminirt, häufiger an vielen Stellen zu 5—10 und mehreren in Kreissegmenten und Kreislinien angereiht, oder in ganzen Kreisen, oder in dichten Haufen gruppirt erscheinen. Ihre Oberfläche ist glatt, glänzend, bisweilen mit einem dünnen Schüppchen bedeckt, nach dessen Entfernung das Knötchen wieder einen eigenthümlichen Glanz darbietet. Viele, ganz deutlich je einem Haarfollikel entsprechend, tragen an der Spitze ein kleines Eiterpustelchen, dessen spärlicher Inhalt durch Druck entleert werden kann, worauf wieder das Knötchen als solches deutlicher zu erkennen ist.

Dasselbe erscheint in der Regel in enormer Menge über den

ganzen Körper, das Gesicht nicht ausgenommen, ausgebreitet und besonders am Stamme, namentlich am Rücken, reichlich entwickelt, dabei an den Beugen der Gelenke, am Penis, an den Genitalien in dichtere Haufen zusammengedrängt, seltener in gleicher Gestalt auch an der Flachhand und Fusssohle. Häufiger fehlt es daselbst, oder ist es durch ein grosspapulöses, das gewöhnliche Bild der Psoriasis palmaris und plantaris darbietendes Exanthem ersetzt. Uebrigens fehlt bei allgemeiner Eruption fast niemals da und dort, z. B. im Centrum eines Haufens oder eines Kreises, namentlich in den Gelenkbeugen, eine oder die andere grössere lenticuläre Papel, was selbstverständlich die Diagnose ausserordentlich erleichtert.

Die einzelnen Efflorescenzen involviren sich nach längerem Bestande und hinterlassen, so winzig sie sein mögen, ein atrophisches Grübchen der Haut. Da die Efflorescenzen zumeist, wie auch der anatomische Nachweis lehrt, um je einzelne Follikel infiltrirt erscheinen, die Follikel selbst aber anatomisch zierliche Gruppen und Figuren darstellen, so erscheint die Haut nach Schwund von solchen Knötchenhaufen mit eben solchen Gruppen von atrophischen Grübchen gezeichnet, ähnlich wie nach Anwendung des Baunscheidtismus.

Die Beziehung des Kleinknötchensyphilides zur Allgemeinerkrankung.

§. 134. In allgemeiner Eruption gehört das Kleinknötchensyphilid entweder der allerersten, oder den relativ früheren Syphilisperioden der ersten Jahre an. Dasselbe hat einen ungemein lentescirenden Verlauf und erweist sich von grosser Hartnäckigkeit gegenüber allen möglichen specifischen Heilverfahren, den örtlichen allenfalls ausgenommen.

Nicht nur insofern stellt der Lichen syphiliticus eine ungünstigere Krankheitsform dar, sondern auch dadurch, dass derselbe gewöhnlich bei cachektischen, tuberculösen Individuen vorkommt, oder, selbst im Falle des Erscheinens bei kräftigen Individuen, alsbald das Eintreten von Cachexie und Marasmus befürchten lässt. Es recidivirt auch als universelles sehr hartnäckig zwei- bis dreimal. Als Recidivform späterer Zeit erscheint der Lichen syphiliticus gewöhnlich nur regionär in einzelnen Gruppen und Haufen (Ellenbogen, Kniekehle) und ist da von minder ungünstiger Vorbedeutung, wenn auch ebenfalls sehr hartnäckig.

Anatomie des kleinpapulösen Syphilides.

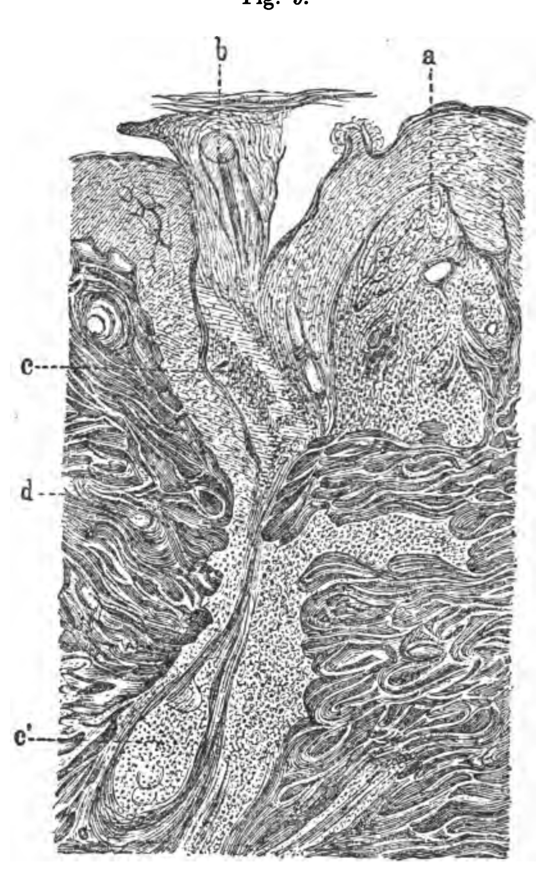
§. 135. Die microscopische Untersuchung von Durchschnitten der vom Lebenden excidirten Knötchen des Lichen syphiliticus (Fig. 9) lehrt, dass den genannten Efflorescenzen ebenso eine Zelleninfiltration entspricht, wie den grösseren syphilitischen Knötchen.

Die Zelleninfiltration beschränkt sich hier jedoch meist nur auf die Papillen, u. z. in der Regel auf die den Ausführungsgang eines Haarfollikels zunächst umgebenden und auf die oberste Coriumschichte,

setzt sich nur auch längs der die Haarfollikel und Talgdrüsen begleitenden Gefässe in die Tiefe fort, und bildet so eine Art Hülle für die Haartasche.

Die Zellen der Infiltration zeigen viel häufiger und früher die Erscheinungen der retrograden Metamorphose: Körnung, Undeutlichwerden des Contours und geringe Imbibitionsfähigkeit durch Carmin. Im späteren Stadium der Erkrankung findet sich der Haarbalg geknickt,

Fig. 9.



Lichen syphiliticus, Knötchen und Pustel (der lebenden Haut entnommen). Vergr. Hartnack. Oc. 3. Obj. 5.

a zelleninfiltrirte Papille aus der unmittelbaren Nähe des Haarbalges; *b* Haar; *c* (Eiter-) Zellenhaufen innerhalb des Haarbalges *c c'*; *d* normales angrenzendes Cutisgewebe.

stellenweise von dessen Scheide abgehoben, zerrissen, Zellenanhäufung zwischen den selber erkrankten und auseinandergewühlten Elementen der Haarwurzelscheide, diese vom Haarschafte abgetrennt, Anhäufung von Eiterzellen in dem erweiterten Raume der Haarbalgmündung (Fig. 9. *c*).

Da, wo die Epidermisplatten über der Follikelmündung noch erhalten sind, ist hiemit der microscopische Durchschnitt einer Pustel gegeben (Fig. 9. *b.*)

Wo der Schnitt das Zelleninfiltrat eines Knötchens getroffen hat, das nicht gerade der unmittelbaren Nachbarschaft eines Haarbalges angehört, erscheint derselbe als ein rundliches Nest, mit einer peripheren Schichte von wohlerhaltenen Zellen und einem inneren, zerfallene Elemente darbietenden Raume, das Bild eines micoscropischen Abscesses.

Die histologischen Verhältnisse des Lichen syphiliticus nähern sich demnach nach der einen Seite denjenigen der Papel, nach der anderen jener des später zu besprechenden pustulösen Syphilides.

Diagnose des kleinpapulösen Syphilides.

§. 136. Lichen syphiliticus universalis ist mit Lichen scrophulosorum (Hebra) sehr leicht zu verwechseln. Von diesem ist festzuhalten, dass die Knötchen desselben alle gleich gross sind, immer in Gruppen und Haufen angeordnet, jedesmal am Rücken und Stamm zuerst erscheinen, dass die Knötchen sehr flach sind, nicht derb anzufühlen und nur in seltenen Fällen, aber erst später, die anderen Körperregionen, die Extremitäten und das Gesicht befallen; dass Lichen scrophulosorum meist mit nässendem Eczem des Scrotum und Acne der Regio pubica, sowie mit lividen Pusteln, Acne cachecticorum, der unteren Extremitäten vergesellschaftet ist und bei demselben nur selten die eminenten Drüsentumoren der Hals-Kieferfurchen fehlen. Da aber Lichen syphiliticus gesagtermassen ebenfalls häufig bei cachektischen Individuen auftritt; da ferner unter solchen Umständen auch grössere livide Pusteln, und bei Dichtgedrängtsein der Knötchen an den Genitalien auch da übelriechende eczematöse Secretion vorhanden sein kann, so ist in einzelnen Fällen die Schwierigkeit der Differenzialdiagnose sehr einleuchtend. Die beste Orientirung gibt wohl die Gegenwart wenn auch nur einer einzigen lenticulären Papel (z. B. auf der Stirne, am Ellbogenbug), da solche nur der Syphilis angehören können und bei L. scrophulosorum fehlen.

Gegenüber Lichen ruber acuminatus ist allerdings eine Verwechslung weniger möglich; um so häufiger geschieht eine solche gegenüber von Lichen ruber planus, weshalb ich auf die in meinen dermatologischen Werken vorfindliche Charakteristik des letzteren besonders verweise.

Das pustulöse Syphilid (Syphilis cutanea pustulosa).

§. 137. Das pustulöse Syphilid hat seinen Namen von der hervorstechendsten morphologischen Eigenschaft, der Pustelbildung, d. i. einer mit eitrigem Inhalt erfüllten Epidermidalelevation. Die Pustel als solche ist jedoch hier nicht das directe Krankheitsproduct. Das letztere wird auch beim pustulösen Syphilid von der Papel gebildet. Auf dieser entsteht erst consecutiv, wenn auch manchmal

ziemlich rasch, die Pustel durch die mittels Eiterung und Zerfall des Gewebes zu Stande kommende retrograde Metamorphose der Papel. Anstatt, wie in den leichteren Formen, durch Resorption zu schwinden, zerfällt ein oberflächlicher Theil der Papel in eitrige Schmelzung und das Schmelzungsproduct mit Exsudat wölbt die darüberliegende Epidermis zur Pustel empor. Nach einigen Tagen pflegt diese zur Kruste einzutrocknen, nach deren Abfallen eine wohl charakterisirte Papel mit der der stattgehabten Schmelzung entsprechenden centralen Atrophie zu Tage liegt. Da nun die Pustelbildung jede Art von syphilitischer Papel, grosse und kleine, betreffen kann, ferner in jedem Stadium der Papel, also auch an der annulären Form sich zu entwickeln vermag, so folgt daraus, dass alle für die Efflorescenzen des papulösen Syphilides bereits geschilderten Erscheinungen der Ausbreitung, Gruppirung, Anreihung u. s. f. sich auch bei dem pustulösen Syphilid wiederholen können.

Im Allgemeinen bedeutet das pustulöse Syphilid eine Steigerung zum Schlimmen in der Allgemeinerkrankung, weil eiterige Schmelzung als solche eben bei jedem pathologischen Gebilde eine üblere Bedeutung hat, als der Verlauf durch Resorption und um so schlimmer, wenn die eiterige Umwandlung eine grosse Menge von Papeln, und bei den einzelnen den grösseren Theil ihrer Masse betrifft. Da diese Verhältnisse ausserordentlich variiren, so präsentirt sich das pustulöse Syphilid auch als ausgesprochen polymorph, da neben den Erscheinungen der Entwicklung und Rückbildung des rein papulösen Syphilides auch noch diejenigen der Pustelbildung und Rückbildung zugegen sind. Je günstiger der Fall, oder je rascher er durch therapeutische Einflüsse eine Wendung zum Günstigeren erfährt, desto schneller sistirt das ungünstige Symptom, die Pustelbildung allenthalben, so dass ein jedes pustulöse Syphilid auf dem Wege zur Besserung als papulöses sich darstellen muss. Denn die Papel ist, wie gesagt, die Grundlage einer jeden Pustel.

Die anatomischen Verhältnisse des pustulösen Syphilides sind, wie aus dem Gesagten, sowie aus der Demonstration in Fig. 9 zu entnehmen, genau dieselben, wie bei den Knötchenformationen. Immer ist das Wesentliche und der Grundstock der Efflorescenz das scharf begrenzte und dichte Zelleninfiltrat des Coriums und der Papillen und die Pustel nur klinischer Ausdruck eines im obersten mittleren Theile stattfindenden acuten Zerfalles des Infiltrates und des davon betroffenen Gewebes.

Wie nun das papulöse Syphilid selber, so präsentirt sich auch das aus demselben hervorgegangene pustulöse Syphilid klinisch in zweierlei Typen, als:

1) grosspustulöses und
2) kleinpustulöses Syphilid.

Das grosspustulöse Syphilid (Acne, Variola, Varicella, Impetigo syphilitica, Ecthyma syphiliticum).

§. 138. Das grosspustulöse Syphilid stellt eine Eruption von schrotkorn- bis erbsengrossen und grösseren, meist ziemlich prall gefüllten, eiterigen Efflorescenzen dar, welche auf erbengrossen

und noch grösseren, braunrothen, derben, hervorragenden Knoten aufsitzen.

Dasselbe präsentirt sich selten als gleichartiges Exanthem; immer finden sich gleichzeitig zahlreiche Papeln ohne Pustelbildung und sind die Pusteln über vielen Efflorescenzen zu Krusten eingetrocknet. Die letzteren Efflorescenzen sind sehr charakteristisch durch den die Kruste umsäumenden, braunrothen, derben Infiltrationshof, d. i. den peripheren, jüngsten, noch nicht in eiteriger Schmelzung begriffenen Antheil der Papel.

Das Exanthem ist in der Regel sehr reichlich über den ganzen Körper gesäet, disseminirt oder mit gruppenweiser, oder nach Kreislinien gefügter Anordnung der Efflorescenzen. Mit Ausnahme der Flachhand und Fusssohle, wo dasselbe meist durch ein einfaches papulöses Syphilid vertreten ist, aber dennoch einigemal von mir und von Zeissl beobachtet wurde, findet sich dasselbe auf allen anderen Körperregionen, am Stamme, am behaarten Kopfe, im Gesicht, an den unteren Extremitäten mit einem lividen an die Acne cachecticorum erinnernden Halo.

Die Entwicklung des grosspustulösen Syphilides erfolgt in der Regel acut oder subacut, zumeist unter Begleitung von mässigen Fiebererscheinungen, welche noch während der ganzen Zeit der Nachschübe continuirlich oder continuirlich remittirend anzuhalten pflegen. Dasselbe kann mehrere Monate bestehen, wodann der Gesammtorganismus auch ein cachektisches Ansehen darbieten wird. Nicht selten gesellen sich zu vernachlässigten pustulösen Syphiliden ernstere Erkrankungen innerer Organe dazu. Nach längerem Bestande kommt dasselbe allmälig in der Weise zur Rückbildung, dass die Nachschübe geringer werden, die eiterige Schmelzung und Pustelbildung weniger Efflorescenzen betrifft, und dass endlich mit dem Abtrocknen der meisten Pusteln zunächst ein wohl charakterisirtes papulöses Syphilid zurückbleibt, das sodann nach bekannter Weise seine vollständige Involution eingeht.

Auf medicamentöse Einflüsse erfolgt eine solche Rückbildung viel rascher.

In Bezug auf das Verhältniss des grosspustulösen Syphilides zur Allgemeinerkrankung ist zu erwähnen, dass dasselbe unter allen Umständen auftreten kann, wo ein grosspapulöses Syphilid, d. i. sowohl als erste Eruptionsform wie als Recidive. Es bedeutet keineswegs eine intensivere Syphilis, insofern als ein solches in derselben Zeit zur vollständigen Heilung gebracht werden kann wie ein papulöses. Es bedeutet nur eine schlechtere Constitution, oder es deteriorirt consecutiv die letztere und führt zu depravirenden deletären Complicationen, Tuberculose, Morbus Brightii u. s. w. Bei einer sorgfältigen Behandlung aber bietet dasselbe durchaus keine schlechten Chancen.

Diagnose des grosspustulösen Syphilides.

§. 139. Sonderbarerweise wird das grosspustulöse Syphilid zuweilen mit Variola verwechselt. Zunächst muss bei einiger Aufmerksamkeit auffallen, dass schon in der Eruptionszeit keine einzige Efflorescenz mit wasserklarer Lymphe vorkommt, da ja von vornherein

mit Eiter gefüllte Pusteln sich bilden. Weiter finden sich ja jedesmal eine Menge wohlcharakterisirter, lenticulärer Papeln, die ja mit Variola gewiss keine Aehnlichkeit haben. Endlich muss dem selbst in seinem Irrthume sehr befangenen Arzte die ungebührlich lange Dauer des Exanthems auffallen, das viele Wochen und Monate zu bestehen pflegt, während Variola unter allen Umständen in der 3. Woche zur Rückbildung gelangt und am Ende der 4. Woche, was die Efflorescenzen anbelangt, abgelaufen sein wird.

Seltener dürfte das grosspustulöse Syphilid mit Rotzpusteln, Maliasmus, verwechselt werden, gewiss aus dem Grunde, weil die letzteren überhaupt seltener vorkommen. Deshalb ereignet sich auch der umgekehrte Irrthum viel häufiger. Bei Maliasmus finden sich nicht nur viel grössere Pusteln, sondern auch tief greifende furunculöse Knoten und Abscesse, welche allerdings einen Irrthum gegenüber dem später zu beschreibenden gummösen Syphilid viel leichter möglich machen.

Es versteht sich von selbst, dass man in der Diagnostik des grosspustulösen Syphilides, sowie der Syphilis überhaupt, auch auf das Vorhandensein anderweitiger charakteristischer Syphilissymptome bedacht sein und auf diese Weise in der Auffassung des Krankheitsbildes sich unterstützen lassen wird. Namentlich dürften solche Behelfe für jene pustulösen Syphilide sich als nothwendig ergeben, welche als Recidivform und nur durch die Production spärlich gesäeter Efflorescenzen, z. B. auf dem behaarten Kopfe sich geltend machen oder an anderen behaarten Stellen, im Barte, wo sie der Sycosis ähnlich sehen, oder in Regione pubica, wo sie mit gewöhnlicher Acne verwechselt werden könnten.

In dieses letzteren Beziehung muss ich noch speciell darauf hinweisen, dass eine Form von nicht syphilitischer Acne, die als Acne varioliformis bekannt ist durch die Production von in Gruppen und Haufen gestellten, mit einer centralen deprimirten Kruste und nach Abfallen der letzteren mit einer dellenartigen aber narbigen Depression an der Stirne und Nackenhaargrenze bis in das Capillitium hinein aufzutreten pflegt, welcher Prozess sich durch ausserordentliche Hartnäckigkeit und lange Dauer, durch jahrelang sich wiederholende Nachschübe auszeichnet. Die betreffende Hautstelle sieht schliesslich wie dicht mit Blatternarben besetzt aus. Da auch das recidive pustulöse Syphilid bisweilen eine derartige Localisation und Gruppirung zeigt, namentlich als Recidivform, überdies jene Acne varioliformis merkwürdigerweise auch auf örtliche Application von Quecksilberpräparaten auffallend rasch zur Besserung und Heilung gelangt, so ist die Differenzialdiagnose zwischen beiden Prozessen bisweilen ausserordentlich schwer.

Das kleinpustulöse Syphilid.

§. 140. Wie das grosspustulöse Syphilid aus dem grosspapulösen, geht das kleinpustulöse Syphilid aus Lichen syphiliticus hervor. Dem entsprechend, da die Efflorescenz des kleinpapulösen Syphilides selbst nur ein Infiltrat von sehr geringen Umfange darstellt und bei der Schmelzung, welche zur Pustelbildung führt, noch ein

Theil dieses Infiltrates zu eiteriger Flüssigkeit geworden, so wird dasselbe noch weniger prononcirt erscheinen können. Es stellt sich demnach das kleinpustulöse Syphilid dar in Gestalt von hirsekorn-, stecknadelkopfgrossen und etwas grösseren, kaum über das Hautniveau emporragenden Pusteln, welche an der Spitze sehr häufig von einem Comedo oder einem Härchen markirt sind, weil sie, wie ihre Grundefflorescenz, zumeist einem Haarfollikel entsprechen. Das papulöse Infiltrat umsäumt nur in sehr unmerklichem Maasse die Basis der Pustel. Presst man den spärlichen Inhalt aus, so bleibt das kleine, flache Knötchen mit excoriirter Oberfläche zurück. Immer finden sich neben den bereits zu Pusteln gewordenen Efflorescenzen eine Menge im Zustande der Knötchen und, wie beim kleinpapulösen Syphilid, immer auch einzelne grössere lenticuläre eingestreut.

Die Efflorescenzen dieses Exanthems sind zumeist in Kreisen und Kreislinien, oder in Gruppen angeordnet, entsprechend der Anordnung der Haarfollikel. Dasselbe findet sich entweder in allgemeiner Ausbreitung, ähnlich wie das kleinpapulöse Syphilid, an den Beugen der Gelenke, um die grossen Körperöffnungen, um die Mund- und Nasenöffnung, in dichtere Haufen gedrängt; als deutliche Pusteln zumeist am Rücken, selten auch auf der Flachhand und Fusssohle, während am behaarten Kopf in der Regel umfangreichere Pusteln vorhanden zu sein pflegen. Der Körper kann unter solchen Umständen allenthalben wie besäet erscheinen. Bei regionärer Eruption occupirt es in der Regel nur die Beugen der Gelenke, des Handwurzelgelenkes, den inneren Fussrand, die Mund- und Nasenwinkel, die Nacken- und Stirnhaargrenze, in welchen Fällen dasselbe immer gruppirt und in Haufen gedrängt ist.

§. 141. Der Verlauf desselben entspricht dem allgemeinen Schema des pustulösen Syphilides. Es entwickelt sich in der Regel unter mässigen Fiebererscheinungen und continuirlich sich wiederholenden Nachschüben von Knötchen und Pustelbildung innerhalb mehrerer Wochen. Die einzelnen Pusteln trocknen zu Krusten ein. Diese fallen ab und hinterlassen Knötchen, welche ihrerseits wieder allmälig zur Resorption gelangen. Die Evolutionsperiode des Exanthems kann drei Monate betragen, nach welcher Zeit in der Regel die Involution über die Zahl der Nachschübe überwiegt. Nach einem Bestande von einem halben Jahre oder auch darüber kann endlich das ganze Exanthem zum Schwunde gelangt sein. Im Grossen und Ganzen zeigt dasselbe einen ausserordentlich lentescirenden Verlauf.

§. 142. In Betreff seiner Beziehung zur Allgemeinsyphilis verhält es sich so ziemlich wie das kleinpapulöse Syphilid. Es erscheint entweder als erste Eruptions- oder als frühe Recidivform, und da in der Regel in universeller Verbreitung und zugleich mit Fiebererscheinungen und Symptomen des allgemeinen Ergriffenseins, Gelenksschmerzen, Marasmus u. s. w. Als spätere Recidivform ist es meist auf einzelne Gelenksbeugen beschränkt.

§. 143. Wie das kleinpapulöse Syphilid ungünstiger als das grosspapulöse, so ist auch das kleinpustulöse Syphilid in demselben

Verhältniss ungünstiger als das grosspustulöse, trotzdem bei dem ersteren eine viel geringere Eiterentwicklung als bei dem letzteren stattfindet. Es verläuft viel langsamer, erweist sich sehr hartnäckig gegenüber der Behandlung, recidivirt ausserordentlich gern und ist entweder selbst schon ein Symptom einer eingetretenen Cachexie, oder die Einleitung zu einer solchen.

Diagnose des kleinpustulösen Syphilides.

§. 144. Wären selbst bei universeller Ausbreitung nur Efflorescenzen des kleinpustulösen Syphilides vorhanden, so wäre dasselbe nicht so leicht zu diagnosticiren gegenüber von Acne und Lichen scrofulosorum, bei welchen ebenfalls kleine Pusteln vorkommen. Die Diagnose wird nur erleichtert durch die beinahe regelmässige Anwesenheit von grösseren Papeln. Dagegen ist ein als Recidive auftretendes, auf einzelne Gelenksbeugen beschränktes und da zumeist gruppirtes kleinpustulöses ziemlich leicht zu diagnosticiren, da an solchen Stellen höchstens arteficiell hervorgerufene Pusteln, z. B. durch Terpenthin oder Quecksilbereinreibung vorkommen, aber diese alsdann auch nicht gruppirt sind.

Am schwierigsten stellt sich das Exnathem dar zur Zeit der Evolution, wenn nur erst am Rücken wenige Efflorescenzen auftauchen, weil sie da einer gewöhnlichen Acne sehr ähnlich sehen, da ja ihr Infiltrat sehr geringfügig ist und auch Acne vulgaris, wie die Follikel selbst, in Kreislinien sich präsentiren kann. Am besten ist es noch, sich an die positiven Merkmale der Acne vulgaris zu halten, bei welcher immerhin auch einzelne grössere, mit deutlichem entzündlichen Halo versehene Pusteln sich vorfinden, deren schmerzhafter, hyperämischer Infiltrationshof unter dem Fingerdrucke schwindet. Am Unterschenkel localisirte pustulöse Syphilide sind überhaupt schwer zu erkennen, weil auch nicht syphilitische Acne (Acne cachecticorum) und impetiginöses Eczem daselbst mit lividen Halones umgeben sein können.

In Bezug auf die differenziellen Merkmale gegenüber von Lichen scrofulosorum verweise ich auf die von der letzten Krankheitsform an anderer Stelle [1]) gegebenen Characteristica.

Das Knotensyphilid (Syphilis cutanea nodosa, tuberculosa, gummatosa, Gumma syphiliticum, Syphiloma).

§. 145. Als Knotensyphilid bezeichnet man jene durch Syphilis in der Haut producirten Formationen, welche vermöge ihres Umfanges in das Schema der Knoten reichen. Sie stellen demnach erbsen-, bohnen-, haselnussgrosse und noch grösseren Tumoren vergleichbare, scharf umschriebene und allseitig mit dem Finger umgreifbare, entweder über das Hautniveau emporragende, oder ganz und

[1]) Hebra-Kaposi, Lehrbuch der Hautkrankheiten. — 1. Th. 2. Aufl. pag. 383. — Kaposi, Pathol. und Therapie der Hautkrankheiten. Wien 1880. pag. 395 und Sitzungsb. d. k. Ak. d. W. math. nat. Kl. LVIII. Bd. Octobh. 1880.

gar in dessen Niveau liegende, wofern sie zu Tage liegen, braunrothe, derb-elastische, bei Druck in der Regel schmerzhafte Knoten von rundlicher, oder ovoider, oder flach-kuchenförmiger, oder kugeliger Gestalt dar. Je umfangreicher die einzelnen Knoten sind, desto geringer pflegt ihre Zahl zu sein, von 1 bis 20, 50 und darüber und dann auch ganz unregelmässig am Körper situirt. Je kleiner dieselben sind, desto grösser pflegt ihre Anzahl zu sein. Manchmal finden sich nur solche grösseren Kalibers vor, manchmal nur kleinere, und gar nicht selten finden sich solche des verschiedensten Umfanges gleichzeitig an demselben Individuum.

Sie nehmen ihre Entwicklung entweder, wie die Papel, aus einer scharf umgrenzten Infiltrationsneubildung des Coriums und der Papillarschichte, von wo sie in fortschreitendem Wachsthum endlich bis ins subcutane Zellgewebe hineinwuchern, oder sie entstehen ursprünglich in den tieferen Coriumschichten und schreiten nun in ihrem Wachsthum in das Corium und die Papillarschichte vor.

Nach diesen zwei Unterschieden in dem Entwicklungsgange kann man klinisch sehr richtig unterscheiden cutane und subcutane Syphilisknoten oder Gummata, weil darnach sich die ziemlich bedeutenden Verschiedenheiten des äusseren Ansehens, des Entwicklungsganges und Verlaufes sich sehr gut erklären.

Ebenso wichtig ist es weiter, das knotige Syphilid nach der verschiedenen Involutionsweise zu unterscheiden, indem ein Theil den Weg zur Resorption nimmt, der andere den der eiterigen Schmelzung, das ist der Ulceration.

Aus den Verschiedenheiten des Ausgangspunktes der Involution und den Eigenthümlichkeiten, welche durch die Localisation gegeben sind, gehen gewisse klinische Typen des Knotensyphilides hervor, welche es gerathen erscheinen lassen, in der folgenden Schilderung solche Typen als klinisch besonders wichtige Krankheitsformen zu fixiren und gegenüber den ihnen ähnlichen nicht syphilitischen Krankheitsformen nach den jeweiligen wichtigsten Momenten eingehender zu erörtern. Wenn auf diese Weise das Knotensyphilid gewissermassen in mehrere gesonderte klinische Bilder abgetheilt wird, so wird dies der richtigen Vorstellung von ihrem pathologischen Wesen durchaus nicht Eintrag thun, da sie doch alle zu einem Grundtypus, dem Knotensyphilid, gehören. Diesen Umstand sollen wir immer im Auge behalten.

Symptomatologie der cutanen Syphilisknoten.

§. 146. Die durch Syphilis bedingten hochliegenden oder oberflächlichen Syphilisknoten präsentiren sich als erbsen-, bohnen-, bis haselnussgrosse, mehr weniger über das Hautniveau emporragende, braunrothe, scharf begrenzte Gebilde von kugeliger Gestalt und glatter Oberfläche. Sie sitzen in der Lederhaut selbst und in der obersten Papillarschichte und reichen, wenn von grösserem Umfange, mit einem Theil auch ins Unterhautzellgewebe. Sie sind von der Seite und vom Grunde her ungreifbar, derb-elastisch und gegen Druck etwas schmerzhaft.

Selten finden sie sich über den ganzen Körper in grosser Menge,

meist in beschränkter Localisation und occupiren selbst bei monate- oder jahrelangem Bestande und öfteren Recidiven mit Vorliebe immer dieselbe Region. Im Uebrigen ist keine einzige Körpergegend von ihrer Localisation ausgeschlossen, Stamm und Extremitäten, behaarter Kopf, Gesicht, Beuge- und Streckseiten der Gelenke sind gleich häufig von denselben ergriffen.

Sobald sie an einer Stelle in grösserer Menge erscheinen, präsentiren sie sich zum grösseren Theile nicht disseminirt, sondern entweder in Gruppen, wobei im Centrum meistens der ältere, grössere Knoten sich befindet, oder in Kreissegmenten und Kreislinien. Das Letztere stellt das serpiginöse Knotensyphilid dar, Syphilis cutanea serpiginosa.

Auch aus dem gruppirten Knotensyphilide gehen schliesslich Kreise und Kreissegmente hervor, indem nach Schwund der central gestellten Knoten die peripheren zurückbleiben und auch die Nachschübe an der Peripherie erfolgen. Unter diesen Verhältnissen kann dasselbe im Verlaufe eines nach Monaten und Jahren zählenden Bestandes grosse Körperregionen, allenthalben mit Hinterlassung narbiger Atrophie der Haut, durchwandern.

Im Bereiche des Gesichtes, der Nase erscheinen nicht selten die syphilitischen Hautknoten zu kreuzer- und thalergrossen und noch grösseren, braunrothen, höckerigen, harten, bei Druck schmerzhaften Infiltrationen zusammengeschmolzen, was nur das Product eines dichten Zusammengedrängtseins der einzelnen Knoten, nicht einer von vorneherein diffusen Infiltration ist. Zum Beweis dessen erscheinen solche Infiltrationsherde im späteren Verlauf immer im Centrum deprimirt, da wo der älteste Knoten sass.

Was an weiteren bemerkenswerthen Symptomen durch die Involution und Localisation das aus solchen Knoten gebildete Syphilid darbietet und dasselbe gegenüber nicht syphilitischen ähnlichen Bildungen unterscheidet, soll in einem folgenden Abschnitte besprochen werden.

Symptomatologie der subcutanen Syphilisknoten.

§. 147. Der tiefliegende Gummaknoten nimmt seine Entstehung vom subcutanen Zellgewebe und ist in diesem Zustande als erbsengrosser oder grösserer, kugeliger, derb-elastischer Körper durch die über ihm verschiebbare Haut zu fühlen, nicht aber äusserlich zu erkennen. Im weiteren Wachsthume gelangt die Neubildung in das Corium selbst, welches alsdann nicht mehr über dem Knoten verschiebbar ist. Dieser selbst hat inzwischen seine kugelige Gestalt eingebüsst, indem er nach der Fläche und Tiefe mehr als nach der Oberfläche sich ausbreitet, und stellt dann einen mit den Fingern umgreifbaren, flach-kuchenförmigen, oder kastanienförmigen Körper dar, mit oberer deprimirter, oder ebener und über das Hautniveau kaum oder gar nicht emporragender Fläche. Um diese Zeit erscheint auch die allgemeine Decke mit dem Knoten fixirt, geröthet, livid und wird auch in die Veränderungen, welche der Knoten selbst eingeht, mit eingezogen. Die Consistenz desselben ist von eigenthümlicher, eben dem Gummi vergleichbarer Härte.

Wie ein jedes Syphilisproduct, gelangt auch das Gumma zur Rückbildung und zwar wieder regelmässig zuerst in seinem ältesten Theile, das ist seiner mittleren und zumeist mit der allgemeinen Decke vereinigten Partie. Dort beginnt zunächst die Atrophie, wodurch die Stelle etwas unter das Niveau einsinkt und man mit dem zufühlenden Finger eine anfangs seichte Depression, später einen vollständigen Schwund der Knotenmasse durch Impression constatiren kann, während der periphere Theil des Gumma wie ein Gummiring noch genau fühlbar ist. Auch dieser verschmächtigt und verschmälert sich fortschreitend vom Centrum nach der Peripherie und gelangt binnen eines Zeitraumes von mehreren Monaten endlich vollständig zum Schwunde.

Geht die Rückbildung auf dem Wege der eiterigen Schmelzung einher, so beginnt auch diese von dem ältesten Theile. Man findet dann an der betreffenden centralen Stelle, der blauroth gefärbten Haut, eine deutliche Fluctuation, während die ganze periphere Partie in der ursprünglichen derb-elastischen Consistenz beharrt. Mit dem Fortschreiten der Schmelzung vom Centrum her wird endlich die ebenfalls infiltrirt gewesene centrale Hautstelle zum Zerfall gelangen und es kommt zur Perforation.

Mag nun diese Eröffnung spontan erfolgen oder künstlich bewerkstelligt werden, niemals erfolgt eine Entleerung wie bei einem entzündlichen Abscess. Es tritt spontan nur wenig, bei Druck viel mehr, einer molkigen, mit käsig bröckeligen Massen vermengten Flüssigkeit hervor. Die Wundränder klaffen ebenso wie die Schmelzungshöhle, weil die Wandungen derselben von dem starren Gumma gebildet werden, welches nicht einer Contraction fähig ist. Man hat ein in Zerfall begriffenes Syphilisgewebe vor sich, ein syphilitisches Hohlgeschwür. Erst bis der Zerfall bis an die Region des nachbarlichen gesunden Gewebes vorgeschritten ist, tritt von da aus Granulation und Narbenbildung ein, oder, nachdem allenfalls ein peripherster Theil der eiterigen Schmelzung entgangen und durch Resorption zum Schwund gebracht wurde. Bei rapidem solchen Fortschreiten des Zerfalls kann es in Folge der Massennekrose und complicirenden Entzündung der Umgebung zu sehr ausgebreiteter Destruction kommen.

Das subcutane Gumma findet sich in der Regel nur in geringer Zahl vor, einzelne bis mehrere, ohne bestimmte Localisation, im Allgemeinen häufiger an Oertlichkeiten mit reichem subcutanen Zellgewebslager, an den Beugen der Extremitäten, ad nates u. s. f. In einzelnen Fällen begegnet man aber deren in grosser Menge, zu 50 bis 100, und darüber.

Diagnose des Knotensyphilides.

§. 148. Ich will hier nur das Gumma in dem Zustande vor seiner eiterigen Schmelzung gegenüber nicht syphilitischen Knotenbildungen berücksichtigen.

Man kann in solchem Stadium dieselben mit sessilen Fibromen, Molluscum fibrosum und contagiosum, fibrösem Carcinom, Medullarsarcom, Lipom, entzündlichen Infiltraten, bei Sitz an den Genitalien mit Schankersclerosen verwechseln.

Es dürfte genügen, auf diese Objecte der möglichen Verwechslung aufmerksam gemacht zu haben. Die gebührende Würdigung der dem Gumma eigenthümlichen und oben geschilderten physikalischen Eigenschaften einer-, und der in den betreffenden Lehrbüchern enthaltenen Charakteristik der genannten nicht syphilitischen Productionen andererseits muss in jedem einzelnen Falle dem untersuchenden Arzte anheimgestellt werden.

Die grösste Aehnlichkeit dem Ansehen, der Entwicklung und dem Verlaufe nach haben mit den Gummatibus die bekannten, geschwulstartigen, ziemlich indolenten Entzündungsknoten scrophulöser Individuen, die ebenfalls nur träge zur Schmelzung gelangen, einen käsigmolkigen Inhalt entleeren und sehr lange die Derbheit ihrer Wandungen beibehalten, ähnlich wie das Gumma.

Es ist kein Zweifel, dass auch Recidiven von aquirirter, und namentlich von hereditärer Syphilis unter diesen Formen auftreten können; aber ebenso zweifellos ist es, dass es solche Knoten von nicht syphilitischem Ursprunge gibt. Diese letzteren werden auch im weiteren Verlauf sich als nicht syphilitisch erkennen lassen, indem sie eben nicht die weiteren, in der Ulceration markirten Erscheinungen syphilitischer Knoten darbieten, sondern die den scrophulösen Abscessen und Geschwüren eigenthümlichen und bekannten Symptome der schlaffen, welken, weit unterminirten, wenig infiltrirten, nicht schmerzhaften, leicht blutenden Ränder und trägen Verlauf.

Das ulceröse Syphilid (Syphilis cutanea ulcerosa, Ulcus syphiliticum).

§. 149. Wie schon angedeutet, stellt das ulceröse Syphilid nur ein bestimmtes Stadium, eine Phase des Knotensyphilides dar, die seiner eiterigen Schmelzung. Durch die Regelmässigkeit, mit welcher diese Schmelzung, wie jede Rückbildung der syphilitischen Productionen, stets vom ältesten Theile ihren Anfang nimmt, und die Eigenthümlichkeit, dass dieser schmelzende Theil von specifischer Neubildung umgeben ist, welcher selber die Tendenz zum Zerfall im gleichen Sinne innewohnt, und durch die Combination dieser Erscheinungen mit dem allgemein Typischen der Anordnung, des peripheren Fortschreitens, erlangt das ulceröse Syphilid ein Gepräge von ganz besonderer Specifität. Dazu kommt, dass die klinische Wichtigkeit dieser Syphilisformen die aller anderen Syphiliden an und für sich überwiegen muss, weil durch dieselbe ipso facto eine viel intensivere Veränderung, resp. Zerstörung der Gewebe und einzelner Organe gegeben ist, als je eine andere Syphilisform mit sich bringt.

Diese Umstände machen es wünschenswerth, das Syphilid in diesem Stadium einer ganz besonderen Würdigung zu unterziehen.

Das syphilitische Geschwür.

§. 150. Zerfällt ein isolirter Syphilisknoten durch eiterige Schmelzung, dann geht aus demselben das typische Syphilisgeschwür hervor. Es ist kreisrund, hat scharf abgesetzte, feinzackige und etwas unter-

minirte Ränder; diese und der Grund sind graugelb belegt, in Zerfall begriffen, bis auf eine gewisse Tiefe infiltrirt. Das Geschwür ist spontan und gegen Berührung äusserst schmerzhaft.

Nimmt der Knoten nicht weiter durch Neubildung an Umfang zu, so schreitet der Zerfall nach der Fläche und Tiefe bis an die Grenze des normalen Gewebes vor. Von diesem geht dann, wie bei einem nicht syphilitischen Individuum, normale Granulation und Narbenbildung aus. Dasselbe ist der Fall, wenn man künstlich diesen Knoten eliminirt, indem man z. B. mit einem Causticum den Knoten zerstört. Das Geschwür findet blos in dem zerfallenden Knoten seine Genesis und seinen Bestand. Sobald der Knoten wie immer eliminirt ist, erfolgt normale Gewebsbildung. Sowie jedes einzelne Geschwür durch die Grösse und Form des Syphilisknotens von vornherein bestimmt ist, so sind auch complicirtere Erscheinungen der Geschwüre durch Complicationen der Knoten in ihrer Anordnung, ihrer Ausbreitung u. s. w. gegeben. Wächst der einzelne Knoten allseitig gleichmässig, so wird auch das Geschwür die ursprüngliche runde Gestalt beibehalten, allseitig vom zerfallenden Infiltrationshof umgeben sein. An einer bestimmten Grenze des Umfanges angelangt, pflegt jedoch das syphilitische Infiltrat nur nach einem Theile der Peripherie sich zu vergrössern. Die Folge davon ist, dass nach der Seite hin, wo das Infiltrat nicht durch neues sich vergrössert hat, alsbald Narbenbildung sich einstellen muss, sobald der Zerfall bis an dessen äusserste Grenze und an das gesunde Gewebe angelangt ist, während nach der entgegengesetzten Seite, da wo neues Syphilisproduct angebildet worden und demnach auch wieder im älteren Theile zerfällt, ein Geschwür bestehen muss. In diesem Falle wird das Geschwür eine Nierenform erhalten. Dasselbe hat dann einen inneren, concaven, gegen das ursprüngliche Centrum gerichteten, flachen, in die vernarbende Partie sich verlierenden Rand und einen äusseren, convexen, geschwürigen, steil abgesetzten Rand, welcher nach aussen durch einen Infiltrationshof, dem jüngsten Gummatheil, von der angrenzenden normalen Haut geschieden ist.

Von einem einzigen solchen Centrum ausgehend, kann, woferne nur nach einer Peripherie hin immer wieder neues Syphilisproduct angebildet wird, auch das nierenförmige Geschwür weiter fortschreiten, obgleich vom Centrum her der Narbensaum immer nachrückt und so im Verlaufe von Monaten und Jahren ein sehr ausgebreitetes Hautterrain durchwandert werden.

Haben sich mehrere Knoten von vornherein in Kreislinien angestellt, welche einen wie geschilderten Verlauf nehmen, so werden die aus den einzelnen hervorgegangenen nierenförmigen Geschwüre alle im gleichen Sinne gestellt sein, mit dem geschwürigen convexen Rand nach aussen, und im Fortschreiten sich zu serpiginösen Geschwüren vereinigen können, mit inneren flachen, granulirenden, mit äusseren infiltrirten, convexen Rändern.

Was als Rupia syphilitica in den Lehrbüchern angeführt ist, stellt nichts anderes dar, als den geschilderten Ulcerationsprozess in der Modification, dass der von den Geschwüren secernirte Eiter zu Borken eintrocknet und gleichzeitig Gummaneubildung und Zerfall in stetiger Weise vom Centrm nach der Peripherie fortschreiten.

Ein isolirter Knoten, dessen Centrum geschwürig zerfallen, prä-

sentirt eine durch Eintrocknung des Eiters gebildete, schmutzig-gelbbraune Kruste, welche von dem peripheren Gummaring umgeben ist. Nun bildet sich eine zweite Gummazone, während die erste zum Zerfall gelangt. Durch den neugebildeten Eiter wird die centrale Kruste etwas emporgehoben, von unten her durch antrocknende Masse verdickt, während die neue Zone eine junge, demnach gelbe und mehr weiche Kruste bildet, welche die centrale, ringförmige, und etwas tiefer gelegene umfasst. Der periphere Infiltrationshof fehlt selbstverständlich nicht. Nun folgt eine dritte Gummazone und das Product der eiterigen Schmelzung, eine neue Kruste u. s. f., und man hat nun eine vom Centrum nach der Peripherie hin dachförmig abfallende Kruste, deren centrale Zone die älteste, dick, trocken, dunkel gefärbt und deren mehr periphere Ringe in demselben Maasse tiefer gelegen und weicher, und mehr gelbgrün gefärbt sind, je jüngeren Datums, je mehr peripher sie gelegen sind, und endlich zu äusserst den periphersten Gummasaum.

Die Rupia als solche stellt keine besondere syphilitische Krankheitsform dar, denn ähnliche Krankheitsbilder können unter allen Umständen entstehen, wo ein mit Exsudation, Eiter- und Krustenbildung einhergehender Prozess in etwas lentescirender Weise, in ähnlichem Sinne wie der Syphilisknoten, vom Centrum nach der Peripherie fortschreitet, z. B. bei Pemphigus serpiginosus, bei einer Pustel in Folge von Kratzen, wenn die Entzündung und Exsudation peripher sich ausbreitet. Man hat auch solche Fälle den geschilderten gegenüber als Rupia non syphilitica bezeichnet. Dem gegenüber ist es besser festzuhalten, dass die Rupia syphilitica und non syphilitica keine eigentliche Krankheitsformen darstellen. Sobald nämlich durch ein Bad, oder Pflaster die Kruste abgehoben ist, ist auch von dem Rupiabilde nichts mehr zu sehen, wohl aber von dem wesentlichen Prozess. Bei der geschilderten Syphilisformation wird nach Abheben der Kruste das charakteristische ulceröse Gumma vorliegen, bei nicht syphilitischen ähnlichen Rupiaprozessen einfach eine excoriirte oder entzündete Hautfläche.

Bisweilen wird bei der geschilderten Syphilis ulcerosa rupiaformis über den einzelnen Gummazonen und Knoten vor ihrer Eröffnung die Epidermis zu eiterigen Blasen und Blasenringen emporgehoben, welche zu ein und zweien concentrisch die centrale Kruste umgeben, bis nach einigen Tagen ihr Inhalt selbst wieder zu Krusten eintrocknet. Man hat dieses Stadium des ulcerösen Syphilides als Pemphigus syphiliticus adultorum angeführt. Aus dem Geschilderten ergibt sich, was unter dieser Bezeichnung verstanden wird.

Die Geschwüre gestalten sich nun, trotz dieses als typisch geltenden Schema's, doch verschieden, wenn dieselben aus kleinen cutanen, oder andererseits aus grossen subcutanen Gummatibus hervorgehen. Die ersten erscheinen mehr kraterartig und wenig in die Tiefe dringend, die letzteren stellen bisweilen sehr umfangreiche, tiefgreifende Hohlgeschwüre dar.

Noch weniger typisch sind jene syphilitischen Hautgeschwüre, welche durch Einbeziehen der allgemeinen Decke in einen vom Periost, oder Knochen, oder Muskel ausgehenden und in Schmelzung begriffenen Knoten hervorgegangen sind.

Neben der durch die Ulceration veranlassten unmittelbaren Zer-

störung der Gewebe und ihrem consecutiven Ersatz durch Narbenbildung, unterscheiden sich noch die syphilitischen Geschwüre in ihren Folgen und Complicationen je nach der meritorischen Wichtigkeit des von ihnen betroffenen Organes und der besonderen Localisation. Nach Letzterer insbesonders ergeben sich noch sehr bemerkenswerthe Modificationen des klinischen Verlaufes und besondere Momente für die Diagnose und Therapie, so dass wir mit Rücksicht auf diese Verhältnisse noch die syphilitischen Geschwüre einzelner Oertlichkeiten, speciell des behaarten Kopfes, des Gesichtes, des Stammes und der Extremitäten besprechen wollen.

Das ulceröse Syphilid des behaarten Kopfes.

§. 151. Da die cutanen Knoten am behaarten Kopfe zumeist, wenn auch von vorneherein isolirt, alsbald in Gruppen gestellt sich präsentiren und durch periphere Anreihung und Anbildung sich ausbreiten, so nehmeu auch die aus ihnen hervorgegangenen Geschwüre eine entsprechende Gestaltung und Verlaufsweise an.

Sie erscheinen demnach anfangs isolirt und von rundlichem, kraterförmigen Ansehen, später nierenförmig und im weiteren Verlaufe als confluirende, serpiginöse, seichte Geschwüre mit leicht blutenden, speckig belegten Rändern und Grund, die Ränder selbst meist gewulstet, aufgekrämpt und weit unterminirt, eine blutig dünne, eiterige, übelriechende Flüssigkeit secernirend, welche mit den Producten der Talgdrüsen zu massigen, ranzig riechenden, die Haare verfilzenden, schmutzig gelbgrünen Borken eintrocknen. Sie occupiren entweder eine beschränkte Region des behaarten Kopfes, oder im Verlaufe der Zeit, durch Vereinigung mehrerer Geschwüre, nach und nach den behaarten Kopf in seiner ganzen Ausdehnung entweder in der Weise, dass 2—3 grössere Kreise in dessen Territorium sich theilen, oder endlich die ganze Region von narbigem Terrain durchsetzt ist, welches entsprechend der Haargrenze von in Bogenlinien verlaufenden, nach aussen mit steilen, speckigen Rändern versehenen Geschwüren umgrenzt wird. Es kann während dieses Verlaufes die Galea weit über die Grenze der einzelnen Geschwüre hinaus durch Eitersenkung unterminirt und eine allseitige subcutane Verbindung der Geschwüre, oder Eiterversenkung nach den abschüssigen Richtungen gegen den Nacken, die Augenlider, die Flügelgaumengrube mit consecutivem Erysipel, Drüsenschwellungen zu Stande kommen.

Ein fast regelmässiges Vorkommniss bei lange andauernden Syphilisgeschwüren des behaarten Kopfes sind drusige, papilläre, oft bis 1 Ctm. hohe, leicht blutende und dünne Flüssigkeit secernirende, mächtig incrustirende Wucherungen.

Eigenthümlich ist, dass selbst bei einem jahrelangen Verlaufe die Geschwüre höchst selten bis auf das Pericranium dringen und die Schädelknochen bloslegen.

Die Heilung erfolgt ganz regelmässig mit Hinterlassung entsprechend dicker, selbstverständlich bleibenden Haarverlust involvirender Narben, während an der Peripherie der einzelnen Herde der gummöse und ulceröse Prozess weiter schreiten kann.

Wenn der Schädelknochen durch Tiefergreifen des Zerfalles von cutanen Knoten, oder durch eigene Gummabildung von vorneherein nekrosirt ist, dann liegt derselbe missfärbig, porös zu Tage, da und dort mit leicht blutenden, lockeren Granulationen bedeckt, während die begrenzenden Hautränder weit unterminirt sich erweisen.

§. 152. Trotz der grossen Ausdehnung, und des jahrelangen Verlaufes, die die syphilitischen Geschwüre des behaarten Kopfes nehmen können, ist doch die Prognose im Allgemeinen nicht ungünstig. Erfahrungsgemäss verheilen bei entsprechender Behandlung selbst die ganze Galea occupirende Ulcerationen, und stossen sich auch nekrotische Partien durch nachschiebende Granulationen vollständig ab. Selbstverständlich kann die Exfoliation der Knochen um Vieles den Verlauf des syphilitischen Gummaknoten und Geschwüre überdauern, wodann dem letzteren Vorgange nicht mehr die Bedeutung einer eigentlichen syphilitischen Affection, sondern nur ihrer Consequenz zugeschrieben werden kann. Immerhin gehört ein unglücklicher Ausgang in Folge von complicirendem Erysipel, Phlebitis u. s. f. nicht zu den grossen Seltenheiten.

Diagnose.

§. 153. Die Diagnose der syphilitischen Geschwüre des behaarten Kopfes unterliegt keinen Schwierigkeiten, sobald die Krusten abgehoben sind und die Geschwüre mit ihrem charakteristischen Ansehen vorliegen. Einzelne, isolirte Narbenherde, mit etwas erhabenem rothen Rande könnten allenfalls den Zweifel zwischen Lupus erythematosus und einem vernarbenden Syphilid erwecken. Beim Lupus erythematosus wird man jedesmal, namentlich an der Randpartie, ein schwarzpunktirtes, an Comedonen erinnerndes Krankheitsbild finden.

Geschwüre mit papillärer, drusiger Bildung sind allerdings nur dann von nicht syphilitischen papillären Vegetationen zu unterscheiden, wenn entweder ein charakteristisches Randgeschwür ihre Basis umsäumt, oder ein gummöses Infiltrat an der Peripherie zu finden ist. Es kommen nämlich auch bei entzündlichen Affectionen des behaarten Kopfes, speciell bei Eczema e pediculis capitis und bei Sycosis, sowie als spontane Warzenbildungen in isolirten Herden rangirte, drusige, ein übelriechendes und zu dicken Krusten vertrocknendes Secret liefernde Vegetationen vor, die selbstverständlich mit Syphilis nichts gemein haben.

Ueberdies ist eine eigenthümliche, aus solchen papillären Bildungen bestehende Affection des Scheitels und Hinterhauptes seit Alibert häufig ohne weiters als Syphilis framboësioides oder Mykosis framboësioides, und in ihrer Bedeutung als Syphilis angesehen worden. Ich habe an einer anderen Stelle [1]) diese Affection als ein idiopathisches, aus einer Entzündung hervorgegangenes, und mit der Bezeichnung Dermatitis papillaris capillitii zu belegendes Uebel dargethan, welches mit Syphilis absolut nichts gemein hat.

---

[1]) Archiv für Dermatologie und Syphilis. 1869.

Das tuberculöse Geschwür hat grosse Aehnlichkeit mit dem serpiginös-ulcerösen Syphilid. In einem von Jaisch publicirten Falle der hiesigen Klinik, hatte dasselbe die linke Scheitelwandregion sammt Ohrmuschel und Umgebung, in einem zweiten unserer jüngsten Beobachtung die Oberlippe in ihrer ganzen Ausdehnung, die Nasenlabialfurche und einen Theil des Saumes beider Lippen (nebstdem die linke Wangenschleimhaut und die rechte Regio ischiadica) inne. Dasselbe charakterisirt sich durch kleinbuchtige Umrandung, flache oder muschelförmig seichte Beschaffenheit des Substanzverlustes, grobkörniges Ansehen der Geschwürsfläche, geringfügige Infiltration und daher schlappe Beschaffenheit des Randes und Grundes, und geringe Schmerzhaftigkeit gegenüber den syphilitischen Geschwüren. Die Gegenwart von einzelnen und gehäuften, graulichrothen Körnchen und Knötchen in der Area des Geschwüres und in dessen Rändern, die Formirung wabenartiger Substanzverluste nach Ausfallen solcher Knötchen, die Renitenz gegenüber antisyphilitischer Behandlung zeichnen noch deutlicher den tuberculösen Charakter der Affection.

Das ulceröse Syphilid im Bereiche des Gesichtes.

§. 154. Im Bereiche des Gesichtes allenthalben, an den Augenlidern, der Ohrenmuschel, den äusseren Gehörgang mit inbegriffen, kommen syphilitische Geschwüre aus isolirten oder serpiginös angeordneten Knoten zur Entwicklung. Ihre Folgen, die Destruction und narbige Schrumpfung der betroffenen Hautpartien sind hier am störendsten, weshalb gerade den hier localisirten Geschwüren vom praktischen Standpunkte die grösste Aufmerksamkeit zugewendet werden muss. Zerstörung der Augenlider durch syphilitische Geschwüre kommt öfters vor, doch habe ich dieselben niemals auf Conjunctiva und Cornea übergreifen sehen.

Ihr häufigster Sitz ist die Stirne, die Nase und deren Umgebung, Wangen, Lippen und Kinn. Wir haben bei einem 13jährigen Mädchen die ganze mittlere Gesichtspartie von einer einzigen Geschwürsfläche besetzt gefunden, deren aufgeworfene, buchtige, speckige, geschwürige Umrandung von der Glabella, hart am innern Augenwinkel der einen Seite vorbei über die Jochgegend zum Kinnwinkel, von da über die tief exulcerirte und lose herabhängende, infiltrirte Unterlippe hinweg auf die Wange der entgegengesetzten Seite, und am rechten inneren Augenwinkel vorbei, zurück zur Glabella lief. In dem so umschriebenen Bezirke fehlten die Weichtheile fast complet, die häutige Nase, die Oberlippe, so dass die Alveolarfortsätze des Oberkiefers bloslagen.

Ebenso haben wir oft eine ganze Unterlippe oder eine ganze Oberlippe betreffende Geschwüre gesehen, deren Folge eine vollständige Abkappung der Lippe war, deren Residuum sich als ein tief buchtiges, missfärbiges, mit speckigen, aufgeworfenen Rändern versehenes, höchst schmerzhaftes Geschwür präsentirte.

Von den Mundwinkeln und den Lippen aus nimmt nicht selten ein serpiginös-ulceröses Syphilid seine unaufhaltsame periphere Ausbreitung, so dass im Verlaufe von Jahren ringsum die Mundöffnung ein strahliges, die Mundöffnung verkleinerndes Narbengewebe zu Stande

kommt, an dessen Peripherie hartnäckig wieder neue ulcerirende Knoten erscheinen.

Unstreitig von grösster Wichtigkeit in dieser Region ist das ulceröse Syphilid der Nase. Es entstehen erbsengrosse und etwas grössere, braunrothe, anfangs isolirte, später zu ausgedehnteren, massigen, ungleich höckerigen, dunkel livid-rothen, bei Druck schmerzhaften Infiltraten zusammenschmelzende Knoten an den Nasenflügeln oder flachere, serpiginös angeordnete und mit seichten Narben endigende, peripher sich ausbreitende Syphilide. Die bedenklichere ist offenbar die erstgeschilderte Grossknotenform, weil aus ihrem Zerfalle tiefere, die Weichgebilde der Nase alsbald durchsetzende Geschwüre hervorgehen.

Es entstehen zunächst auf der Spitze der einzelnen Knoten Eiterpusteln, welche selbst nicht mehr oberflächliche Eiterherde darstellen, sondern schon eine Fortsetzung der in der Tiefe zu Stande gekommenen eiterigen Schmelzung sind. Nach ihrer Eröffnung kann schon ein tiefes geschwüriges Cavum da sein, oder selbst eine in den Knorpel, oder in die Nasenhöhle führende geschwürige Communication. Man kann in der Beurtheilung einer derart erkrankten Nase dem Kranken gegenüber nicht vorsichtig genug sein, weil der in der Tiefe zu Stande gekommenen eiterigen Schmelzung und Unterwühlung, der eiterigen Communication zwischen mehreren Syphilisknoten, oder gar zwischen Knoten der Haut und solchen der Nasenschleimhaut äusserlich gar oft nur eine ganz unbedeutende, etwas weicher sich anfühlende noch gar nicht perforirte Hautstelle oder eine ganz kleine Perforation entspricht, deren geringer Umfang keineswegs die Grösse des in der Tiefe schon vorhandenen Destructionsprozesses errathen lässt. Es kann so geschehen, dass ein scheinbar noch ganz gut erhaltener Nasenflügel binnen wenigen Tagen total abgekappt ist, indem die Geschwüre in der Tiefe das Zerstörungswerk schon vollständig zuwegegebracht haben und nur eine äusserliche dünne Gewebsschichte noch den Zusammenhang mit den nachbarlichen Theilen vermittelt.

Ein anderes Mal greifen die Geschwüre von der Lippe her auf die Nasenscheidewand; oder von den Rändern der Nasenflügel gegen den Körper der letzteren, in welchem Falle die Zerstörung in der Regel langsamer vor sich geht.

Selbstverständlich spielen in der syphilitischen Ulceration der Nase auch noch die syphilitischen Affectionen der Nasenschleimhaut, der Knorpel und Knochen eine grosse Rolle, von welchen in einem späteren Kapitel die Rede sein soll.

Wie auf dem behaarten Kopfe, so entstehen auch auf den Geschwüren im Bereiche der Nase nicht selten drusige papilläre Excrescenzen, welche zum Theil die ulcerirende Fläche verdecken und über die Grösse des Substanzverlustes eine Zeit lang hinwegtäuschen können.

Aus der Ulceration in Folge von Syphilisknoten geht die Nase verschiedenartig entstellt und verstümmelt hervor. Es erscheint entweder nur ein Theil eines Nasenflügels vom Rande her, besonders oft an seiner Anheftungsstelle, oder der ganz häutige Nasentheil mitsammt dem Septum wie abgekappt. Der stehengebliebene Rest zeigt eingekrämpte, narbige Ränder, ohne dass im Uebrigen auf demselben

irgend eine Spur von pathologischer Veränderung, Narbenbildung, Gefässausdehnung etc. sich vorfinden müsste. Diese wie durch Abkappung entstandene Verstümmelung ist gegenüber der Zerstörung der Nase durch Lupus, bei welchem dieselbe auch in ihrem Reste von dünnen Narben durchsetzt zu sein pflegt und im Allgemeinen mehr in ihrer Masse geschrumpft und abgenützt, verdünnt, verjüngt sich präsentirt, ein nicht unwichtiges diagnostisches Merkmal.

Hat die Zerstörung und narbige Schrumpfung das Septum cutaneum und die Anheftungsstelle der Nasenflügel an der Lippe vorwiegend betroffen, so erscheint die Nase später mit ihrer Spitze nach abwärts wie verlängert und gekrümmt (Habichtsnase). Reichliche Comedonenbildung und Teleangiectasien auf der Nase sind nicht selten die Folge der durch Narben bedingten Constriction der collateralen Gefässe.

Diagnose.

§. 155. Je nach dem verschiedenen Standorte im Bereiche des Gesichtes, und je nach den verschiedenen Stadien wird das gummösulceröse Syphilid des Gesichtes mit verschiedenen nicht syphilitischen Hautkrankheiten Aehnlichkeit aufweisen. So ist speciell das grossknotige Syphilid der Nasenflügel und des Nasenrückens (nicht das serpiginöse), selbst wenn schon Pustelbildung auf demselben zu bemerken, noch immer der Acne rosacea und der oft mit dieser combinirten Acne vulgaris ähnlich. Das Augenmerk wird besonders darauf gerichtet sein müssen, ob das Wesentliche der Röthung und Infiltration auf Hyperämie und ödematöse Schwellung zurückgeführt werden kann, die allmälig gegen die gesunde Umgebung sich verlieren (Acne), oder ob sich eine deutlich derbe, unter dem Fingerdrucke nicht schwindende, circumscripte Infiltration nachweisen lässt (Syphilis). Selbstverständlich wird mit dem Nachweis von typischen Involutionscentren oder kraterförmigen Geschwüren die Diagnose für Syphilis gegeben sein.

Noch grösser können die Schwierigkeiten sein, das knotig-ulceröse Syphilid der Nase gegenüber von Lupus vulgaris dieser Theile zu unterscheiden. Auch der Lupus bildet rothe, derbe, oft in Haufen sich zusammendrängende Knoten (Lupus tumidus); auch diese ulceriren (Lupus exulcerans), bedecken sich mit Krusten, combiniren sich mit leicht blutenden, rothen Vegetationen (Lupus vegetans) und führen ebenfalls zur Zerstörung der Nase.

Die aus den genannten äusseren Aehnlichkeiten der Bildung, des Verlaufes und der Folgen resultirenden, bisweilen wenigstens für den Moment fast unüberwindlichen Schwierigkeiten in der Differenzirung beider Prozesse glauben manche Kliniker dadurch besiegen zu können, lass sie für derartige Fälle eine klinische Mischform, den Lupus yphiliticus annehmen, während andere Kliniker zur Aufstellung einer solchen Mischform durch eine pathologische Annahme sich leiten lassen, ler zufolge der Lupus zwar als etwas von der Syphilis Verschiedenes, ber doch zeitweilig als Ausfluss der hereditären Syphilis hingestell verden könne.

Ich muss mir erlauben hier die sachlichen Gründe, welche i

bereits an einer anderen Stelle[1]) vorgebracht habe, hier nochmals geltend zu machen.

Es ist niemals ein eigentlicher Nachweis für die Berechtigung der Auffassung von einem genetischen Zusammenhange des Lupus mit hereditärer Syphilis geliefert worden. Deshalb haben auch die Vertreter des hereditär-syphilitischen Ursprunges des Lupus ihre Meinung keineswegs so apodiktisch gefasst, wie dies für die Voraussetzung einer specifischen Krankheit gewünscht werden muss.

So sagt Veiel: „Die Constitution leidet bei Lupus an sich wenig, im Gegentheil zeichnen sich Lupöse durch frisches Aussehen aus, obgleich sie scrophulös sind." (Ich habe auch die Scrophulose als nicht nothwendig mit Lupus in Verbindung stehend dargethan.) „Ueberhaupt sind erworbene und hereditäre Scropheln sowie hereditäre Syphilis die häufigsten Ursachen des Lupus."

Und Erasmus Wilson definirt den „Lupus syphiliticus" als „gewisse unaufgeklärte Formen von Hautkrankheiten, welche den neutralen Boden zwischen Syphilis und Lupus occupiren, welche zu Lupus gerechnet werden müssen, wenn Lupus Syphilis wäre, aber, wenn dies Letztere nicht der Fall wäre, heutzutage als „Lupoide" gelten mussten und eine Gruppe von Uebergangsformen darstellen zwischen Syphilis, von welcher sie deutlich (clearly) hervorgehen und zwischen Lupus, welchem sie analog zu sein scheinen" [2]).

Veiel hat unter 57 Fällen von Lupus 11mal Syphilis des Vaters und 5mal bei Lupuskranken selbst vorausgegangene Syphilis angegeben. Ich muss aber annehmen, da Veiel in der Beziehung sich nur auf anamnestische Angaben, aber nicht auf Autopsie stützt, dass es mit dieser Syphilis nicht weit her war. Denn ich bin nicht in der Lage, auch nur eine einzige solche Thatsache anführen zu können, und es ist mir nicht bekannt, dass von anderer Seite dies in apodiktischer Weise geschehen wäre. Andererseits ist der Lupus geradezu als nicht hereditär zu erklären. Veiel hat einen einzigen Fall angegeben, wo der Vater eines Lupösen selber an Lupus gelitten hatte. Mir ist kein solcher Fall bekannt. Hebra hat selbst nur zweimal bei Kindern derselben Mutter Lupus beobachtet und ich nur einmal bei zwei Töchtern derselben Mutter. Dagegen habe ich wohl öfters gesunde Kinder lupöser Mütter gesehen. Die Ansteckungsfähigkeit endlich ist auch noch von Niemanden behauptet worden.

Das histologische Verhalten des Lupus gegenüber von Syphilis ist ebenfalls äusserst verschieden; der Verlauf des Lupus gegenüber von Syphilis ausserordentlich different; die Geschwüre des Lupus von ganz anderem Ansehen; die Entwicklung desselben immer, ob der Lupus ein neu auftauchender oder ein recidivirender, ein seit 20 Jahren bestehender, regelmässig nur aus isolirten, winzigen, in das Coriumgewebe tief eingebetteten, mit dem Finger nicht umgreifbaren Knötchen; der Verlauf ausserordentlich lentescirend; die Involution niemals von

[1]) Hebra-Kaposi, op. cit. 2. Bd. pag. 352. Kaposi, Path. u. Ther. der Hautkrankheiten. Cap. Lupus. — Kaposi, Ueber den sogenannten Lupus syphiliticus. Wien. med. Wochenschrift 1877. Nr. 50 u. 52. — Ed. Lang, Lupus, Syphilis und Flächenkrebs. Wien. med. Presse. 1878. Nr. 6. — H. Auspitz, Ueber Lupus syphiliticus und scrophulosus. ibid. 1878. Nr. 3 u. 4.

[2]) Er. Wilson, On diseases of the skin. London 1863. pag. 453.

dieser typischen Regelmässigkeit, wie die Syphilisknoten, niemals so acut destructiv, indem die Gewebe mehr durch Schrumpfung als durch Ulceration consumirt werden u. s. w., Differenzen, welche ich im Kapitel Lupus [1]) nachzulesen bitte.

Endlich ist als geradezu entscheidend für die vollständige Verschiedenheit zwischen Lupus und Syphilis hervorzuheben, dass beide Krankheiten neben einander an demselben Individuum vorkommen. Ich habe schon zwei Individuen, die an altem Lupus litten, mit maculopapulösem Syphilid, also recenter Syphilis gesehen.

§. 156. Wenn ich nun nach alledem frage, auf welches Moment sich die Ansicht der genannten Autoren von der Existenz eines Lupus syphiliticus stützt, so liegt es einzig und allein in der äusseren Aehnlichkeit mancher Knotensyphilide und ihrer Localisation, z. B. an der Nase, und in der hiedurch erschwerten diagnostischen Unterscheidung des Lupus von Syphilis.

Zunächst will ich zugestehen, dass man Fälle von Knotenbildung und Ulceration an der Nase zu sehen bekommt, in welchen es schwer fällt, primo intuitu sich für Lupus oder Syphilis zu entscheiden. Viele helfen sich nun damit, dass sie Lupus syphiliticus sagen. Dies scheint ein sehr beruhigender Ausweg zu sein, denn ist es nicht das Eine, so ist es das Andere. Ferner gleicht das serpiginöse Syphilid bisweilen sehr auffallend dem serpiginösen Lupus. Verwechslungen finden demnach auch häufig genug statt. Man braucht nur die Geschichte der sogenannten Syphiloiden, Scarlievo, Morbus Dithmarsicus, der Radesyge durchzublättern, um zu der Ueberzeugung zu gelangen, dass alle die scheinbaren Mischformen zwischen Lupus, Lepra, Scrophulose und Syphilis nur so lange bestanden haben, bis ein guter Diagnostiker eine Sichtung vorgenommen hatte.

So verhält es sich auch mit dem Lupus syphiliticus. Was heute als zweifelhafter Fall vorliegt, wird nach kürzerer oder längerer Beobachtung die ihm eigenthümlichen Symptome, einmal der Syphilis, das anderemal des Lupus, in charakteristischer und unverkennbarer Weise zeigen und dann die richtige Diagnose ermöglichen.

Was zunächst die noch nicht verschwärende Knotenform der Syphilis anbelangt, so unterscheidet sie sich durch die durchwegs bedeutende Grösse, Consistenz, das massige Anfühlen, die Schmerzhaftigkeit der einzelnen Knoten, das dunkle Colorit, besonders aber durch die eigenthümliche Art der Involutionssymptome von den lupösen Knoten. Die letzteren sind von mehr zäher als derber Consistenz, weniger massig, nicht schmerzhaft, viel mehr vascularisirt und zeigen keinen so typischen Gang der Involution wie die syphilitischen. Fast regelmässig finden sich neben den grösseren Lupushaufen auch Primär-efflorescenzen, die durch ihre Kleinheit, ihren tiefen Sitz, indem sie e in's Cutisgewebe eingesprengt erscheinen, sich ohne Weiteres von n syphilitischen unterscheiden. Ebenso sind die Lupusgeschwüre ar häufig rund, aber flach, von weichem, leicht blutenden, rothen, lappen Rand und Grund, kaum schmerzhaft und von den wie oben arakterisirten Syphilisgeschwüren sehr gut zu unterscheiden. Ueber-

1) Hautkrankheiten. Cit. Op.

dies fehlen selten auch noch andere orientirende Momente, so z. B. die des Geschrumpftseins der Nasenreste bei Lupus, Verlust der knöchernen Nasentheile des Vomer, das Eingesunkensein der Nase bei Syphilis, welche letztere Veränderung ich bei Lupus niemals gesehen habe.

Da wir uns aber nicht scheuen, bei irgend welchen anderen Krankheiten die augenblicklich unmögliche Diagnose von einer längeren Beobachtung abhängig zu machen, so ist kein Grund vorhanden, auch in derartigen zweifelhaften Fällen auf die Entscheidung durch eine längere Beobachtungsfrist zu verzichten. Bei gehöriger Aufmerksamkeit wird man innerhalb weniger Tage schon finden, dass der ganze Verlauf der alten, und die Entwicklung der neuen Knoten ein verschiedener ist, je nachdem Lupus oder Syphilis vorliegt. Was bei Syphilis an Entwicklung, Verschwärung und Zerstörung binnen Wochen und Monaten zu Stande kommt, wird vom Lupus kaum in ebenso vielen Monaten und Jahren zu Stande gebracht. Ueberdies möchte ich in solchen Fällen den Behelf keineswegs verschmähen, welchen uns der Erfolg, oder Misserfolg gewisser therapeutischer Eingriffe gewährt. Eine zweckmässige antisyphilitische Behandlung wird sicher die Syphilis der Nase in kurzer Zeit merklich zum Besseren alteriren, den Lupus aber kaum beeinträchtigen.

Endlich dürfte nicht ausser Acht gelassen werden, dass Lupus vielleicht niemals in dem reiferen Lebensalter primär auftritt, sondern nur als Fortsetzung, oder Recidive eines in jugendlichem Alter vorhanden gewesenen Lupus zu finden ist, und dass demnach im späteren Alter auftauchende Knoten und Ulcerationsprozesse eo ipso viel wahrscheinlicher Syphilis als Lupus bedeuten.

Gegenüber von Lepra tuberosa, welche Krankheit überdies in unseren Gegenden nur von Lepraländern importirt wird und daher selten der Gegenstand einer Differentialdiagnose bildet, ist zu bemerken, dass die Lepraknoten niemals so charakteristisch tiefe Geschwüre machen.

Den Unterschied gegenüber dem tuberculösen Geschwür dieser Region habe ich bereits früher angegeben.

Endlich will ich noch darauf aufmerksam machen, dass Sycosis der Oberlippe, des Kinnes, der Wangen insoferne leicht mit Syphilis verwechselt werden kann und umgekehrt, als auch die Sycosis in isolirten Herden aufzutreten pflegt, Narbenbildung zur Folge hat und bisweilen mit framboësiaartigen Excrescenzen sich combinirt und zwar sowohl die nicht parasitische als die parasitische Sycosis, bei welch' letzterer üppige, plaquesähnliche, drusige, nässende Papillenhaufen producirt werden.

Man wird in zweifelhaften Fällen vor Allem sich Mühe geben, durch Entfernung des Bartes und der auflagernden Krankheitsproducte die Affection klar zu Tage zu legen, wodann man in der Lage sein wird, sich zu überzeugen, ob eine syphilitische Infiltration oder Ulceration der Basis, oder nur eine entzündliche Röthung und Schwellung vorhanden ist.

Localisation an den Extremitäten.

§. 157. An den Ober- und Unterextremitäten, besonders häufig am Unterschenkel, demnächst an den Vorderarmen und Ober-

schenkeln findet sich das knotig-ulceröse Syphilid sehr häufig vor; nicht selten auch in den Gelenksbeugen, oder selbst auf der Streckseite der Gelenke. Hier persistirt dasselbe oft jahrelang als serpiginös-ulceröses Syphilid, ohne je in die Tiefe, auf Periost und Knochen zu greifen, so dass bei einem so langsamen Verlaufe selbst die Gelenke ihre freie Beweglichkeit nicht verlieren, weil die Hautnarben nur sehr dünn und elastisch sind. Viel bemerkenswerther sind die Veränderungen, welche durch die tiefgreifenden cutanen, besonders aber subcutanen Gummaknoten an dem Unterschenkel und Vorderarme zu Wege gebracht werden.

Am Unterschenkel localisiren sich die tiefliegenden Knoten meist in unregelmässiger Anordnung an dem mittleren Drittheil desselben. Aus ihrem Zerfalle gehen unregelmässig situirte und in der mannigfachsten Weise sich combinirende, oberflächliche und tiefe Geschwürshöhlen hervor. Indem der Prozess viele Jahre hindurch dieselbe Region occupirt, Neubildung von Knoten, Ulceration mit consecutiver Entzündung der Umgebung, Narbenbildung und Circulationsstörung in Folge Constriction der Gefässe, Unterminirung der Narben durch tiefliegende frische Gummata, Complicationen mit Lymphangioitis, Erysipel, Oedem in Folge von Entzündung, Narbenconstriction, Periostitis und Ostitis specifischer oder entzündlicher Art, sich wiederholt einstellen: durch alle diese sich gegenseitig in der mannigfachsten Weise combinirenden Momente kommt es im Verlaufe von Jahren zu jener Veränderung, welche die Folge auch nicht specifischer Entzündungs- und Neubildungsprozesse des Unterschenkels zu sein pflegt, zu Elephantiasis Arabum. Der Unterschenkel erscheint in seinem mittleren Drittheil verdickt, von frischen und erweichenden, oberflächlichen und tiefen Knoten, isolirten und confluirenden Geschwüren und Narben durchsetzt, mit gerötheter, geschwellter, gespannter, glänzender Haut. Später gesellt sich Verdickung und Verhärtung des Knochens dazu und nach Jahren erscheint der Unterschenkel cylindrisch verdickt, der Fussrücken polsterartig aufgetrieben, verbreitert, die allgemeine Decke auch an den nicht von Syphilis occupirten Partien verdickt, ödematös, schwer faltbar, mit schmutzigbrauner, gefelderter, platter oder höckeriger Oberfläche, da und dort mit dicken Schichten schmutziger, trockener oder breiig erweichter Epidermis bedeckt, hie und da mit warzenähnlichen Excrescenzen, oder tief eingezogenen Narben, oder zu den Knochen führenden fistulösen Geschwüren besetzt. Im weiteren Verlaufe kommt es zu consecutiven Entzündungen der Knochen, Caries, Nekrose, Ausfallen einzelner Mittelfuss- oder Phalangealknochen und zu Verstümmelungen mannigfacher Art, wodurch das Bild der Lepra mutilans vorgetäuscht wird.

Viel seltener kommt es zu derartigen Complicationen in Folge von ulcerirenden Gummatibus am Vorderarme, aber dann hat man ein ganz eigenthümliches Bild. Die elephantiatische Verdickung, bestehend in Hypertrophie und Eburneation der Knochen, Sclerose und Hypertrophie der Weichtheile, betrifft hauptsächlich die Ellenbogengegend und von da nach abwärts den Vorderarm und die Hand. Der Arm ist unförmlich, im Ellenbogen gebeugt, die Hand breit, am Rücken polsterartig gewölbt, die Mittelhandknochen und Finger von einander

abweichend, divergirend wie eine Tatze, ein oder die andere Phalanx fehlt, die zurückgebliebenen vorderen auf die hinteren in dorsaler Stellung, oder seitlich retrahirt oder flectirt, verkrümmt, die Haut roth, glänzend, gespannt oder weiss, leichenfarbig, wachsartig schimmernd, von tiefen, buchtigen, isolirten oder serpiginösen, runden, nierenförmigen, von ödematösem, brandigem oder ecchymosirtem Gewebe begrenzten Substanzverlusten, oder mit wulstigen Rändern versehenen Geschwüren besetzt, da und dort ein von gerötheter Haut bedeckter Abscess, oder ein zu einem nekrotischen Knochen führendes Fistelgeschwür.

Dem gegenüber erscheint der Oberarm in seiner oberen Hälfte äusserst verschmächtigt, atrophisirt. Die Kranken sind meist von continuirlich remittirendem Fieber heimgesucht, abgemagert, fahl. Albuminurie, Anasarca und dessen Folgezustände führen zumeist das lethale Ende herbei.

Diagnose.

§. 158. Die Diagnose der letztgenannten Affectionen ist nicht immer sehr leicht. Schon die isolirten Knoten und Geschwüre können, die ersteren mit entzündlichen Infiltrationen, die letzteren mit aus Excoriationen, Blutstauung, Hämorrhagie, durch Varicositäten veranlassten Fussgeschwüren verwechselt werden. Das Festhalten an den bekannten Eigenthümlichkeiten, dem specifischen Ansehen, der Nierenform, der bedeutenden Infiltration der Ränder, der grossen Schmerzhaftigkeit gegenüber den mehr indolenten, mit schlappem, leicht blutendem Rand und Grund versehenen entzündlichen Geschwüren wird vor einer Verwechslung schützen. Trotzdem muss hervorgehoben werden, dass nach dieser Richtung sehr häufig Irrthümer geschehen, offenbar aus dem Grunde, weil viele Aerzte sich scheuen, unter solchen Umständen, unter welchen eben Gummageschwüre an den Unterextremitäten sich vorfinden, d. i. also zumeist zu einer Zeit, wo von anderweitigen Syphiliserscheinungen, namentlich der Frühperiode, nichts weiter vorfindlich ist, von Syphilis zu sprechen.

Noch schwieriger ist die Diagnose der bereits mit Elephantiasiserscheinungen complicirten Formen. Man weiss, dass auch bei in Folge von Varices und chronischem Eczem zu Stande gekommener Elephantiasis mit callösen Rändern versehene Geschwüre vorzukommen pflegen, oder solche, die durch ödematöse Schwellung ein speckiges Ansehen des Randes und Grundes darbieten, demnach syphilitischen sehr ähnlich sehen und umgekehrt, bei durch Syphilis bedingten Zuständen entweder Gummata überhaupt im Momente der Untersuchung fehlen, oder durch die complicirenden Erscheinungen, namentlich Oedem, entzündliche Infiltration, gedeckt sein können.

Endlich ist es bekannt, dass Lupus bei jahrelanger Anwesenheit an den Unterextremitäten ganz analoge Veränderungen hervorruft. In Bezug auf die letztere Erkrankungsform ist zu bemerken, dass bei einiger Aufmerksamkeit, namentlich durch einige Zeit fortgesetzter Beobachtung, die Differenz wohl klar wird, insoferne bei Lupus entweder schon bei der ersten Untersuchung, sicher aber nach Entfernung von den klaren Anblick verhindernden Verhältnissen, wie Krusten, Oedem etc. entweder im Bereiche des Krankheitsherdes selbst, oder in

der Umgebung charakteristische, in's Coriumgewebe tief eingebettete, primäre Lupusknötchen sich vorfinden werden, abgesehen davon, dass Lupusgeschwüre sich von den syphilitischen ganz different präsentiren.

Wenn ausschliesslich der mittlere Theil des Unterschenkels verdickt, daselbst die Haut mit Narben, Knoten und Geschwüren durchsetzt ist, während die unmittelbar ober- und unterhalb gelegene Haut ganz normal erscheint, dann ist ohne weiteres Syphilis zu diagnosticiren. Dass die Diagnose erheblich erschwert wird, nicht nur den genannten Prozessen gegenüber, sondern namentlich noch gegenüber von Lepra ulcerosa et mutilans, wenn noch consecutiv Caries und Nekrose, Verlust einzelner Knochen und nachträglich Verstümmelung allerlei Art sich hinzugesellt hat, ist selbstverständlich.

Paronychia syphilitica.

§. 159. Die Paronychia syphilitica, gewöhnlich als Onychia syphilitica angeführt, stellt einen ausserordentlich schmerzhaften Prozess dar. Er bedeutet Geschwürsbildung in Folge von Zerfall solcher syphilitischer Knoten, welche am Nagelfalz oder an der Nagelwurzel sitzen.

Das betreffende Nagelglied erscheint geschwellt, verbreitert, die den Nagel einfassende Haut in einer ziemlich breiten Zone intensiv geröthet, infiltrirt und nach dem Nagel hin zu einem steil- und zackig-randigen, schmalen, den Nagel wie eine Furche umgebenden Geschwüre umgewandelt. In Folge der Entzündung und Zerstörung des den Nagel bildenden Theiles wird die gerade nur dem Geschwüre entsprechende Partie des Nagels krankhaft verändert, trübe, macerirt, gefurcht oder endlich ganz abgestossen und auch nach Verheilung des Geschwürs, der Zone des letzteren entsprechend, also bei partieller Onychia auch partiell, verdünnt, verschmächtigt sich wiederbilden, weil, der Narbe entsprechend, eben keine Papillen vorhanden sind.

Die Geschwüre der Onychia syphilitica sind ausserordentlich schmerzhaft, schon gegen die leiseste Berührung der Bettdecke, beim Gehen, und verheilen, wenn sie sich selbst überlassen bleiben, ausserordentlich langsam, binnen Wochen undMonaten.

Gegenüber der von vielen Seiten kundgegebenen Ansicht, dass die Nägel in Folge von Syphilis direct und in einer specifischen Weise erkranken, bin ich der wohlgegründeten Meinung, dass dies ganz und gar nicht der Fall ist. Die Nägel erkranken nur, wenn der nagelbildende Hautantheil krank ist und insofern ist es ganz gleich, ob Psoriasis, Eczem, Lichen ruber oder Syphilis zugegen ist. Es ist nur nothwendig, dass die betreffende Krankheit lange genug andauere. Die Degeneration, welche der Nagel bei Syphilis erleidet, unterscheidet sich weder in ihrer Form, in der Gestalt, in dem Verlauf, der Tiefe der Furchen, Quer- und Längsrippen, noch in der Intensität, von den durch irgend einen der genannten, oder anderweitigen Syphilisprozesse bedingten Nagelentartungen, und ich muss demnach erklären, dass ich in dem Sinne, als wenn es eine ganz besonders charakterisirte, durch Syphilis bedingte Nagelentartung gebe, keine Onchyia syphilitica kenne.

Syphilis cutanea vegetans s. papillomatosa.

Framboesia (Sauvages), Framboesia syphilitica autor. Pian ruboide; Mykosis framboesioides (Alibert). Syphilomykes Morus (Fuchs).

§. 160. Die als Syphilis cutanea vegetans s. framboesiaformis gekannten Productionen der Lues bilden pfennig- bis thalergrosse, plaqueartige, drusige, rothe oder graubelegte, eine viscöse, übelriechende Flüssigkeit absondernde, oder mit schmierigen, gelbbraunen Krusten bedeckte, auf infiltrirter Basis sitzende Knoten und Geschwülste, welche durch einen, ihre Basis umsäumenden, harten, steilen Infiltrationsrand von der gesunden Umgebung abgegrenzt erscheinen. Oefters auch ist zwischen Infiltrationssaum und Vegetation ein ringsum, oder einen Theil der Peripherie laufendes, furchenartiges Geschwür von scharf abgesetzten, steilen und zackigen Rändern und graubelegtem Grunde eingegraben. Die Plaques stehen disseminirt, oder zu grösseren, unregelmässigen Haufen gedrängt und occupiren in der Regel jene Körperstellen, an welchen Papeln häufig vorkommen und der Reizung durch Zerrung und Bähung zumeist ausgesetzt sind, wie in der Nasolabialfurche, an den Mundwinkeln, in der Mammalfurche, an den Genitalien und deren Umgebung; ausserdem aber auch häufig im bebarteten Theile des Gesichtes, am behaarten Kopfe und nur selten auch am Stamme und an anderen Körperstellen, in welch' letzterem Falle eine besondere Disposition für die Entstehung der wuchernden Gebilde vorausgesetzt werden darf.

Die beschriebenen Vegetationsformen haben bis in die jüngste Zeit hinein eine Auffassung erfahren, die nicht der wahren Sachlage entspricht.

Vorerst hatte man auf Grund der Darstellung von Sauvages [1]) angenommen, dass es eine in gewissen Gegenden der Tropen endemische Krankheit eigener Art gebe, welche durch die Bildung himbeer- (Pian, Westafrika) oder erdbeerähnlicher (Yaws, Westindien), rother, drusiger Wucherungen sich auszeichne. Eine Frage über die ursächliche Beziehung solcher Formen zu Syphilis war dabei theils offen gelassen, theils im negativen Sinne beantwortet worden. Seit jedoch Alibert dieselben anfangs unter dem originären Namen „Pian" (ruboide), später unter der Bezeichnung Mykosis framboesioides unverkennbar als Producte der Syphilis hingestellt hatte, war man allgemein geneigt, die in Rede stehenden Gebilde ohneweiters als Syphilis zu bezeichnen, sowohl da, wo sie unter anderen Namen bekannt waren und in endemischer Weise erschienen, wie die Siwwens in Schottland, als auch wo sie sporadisch zur Beobachtung gelangten.

§. 161. Ich habe in einer dem Gegenstande gewidmeten besonderen Arbeit [2]) des Weiteren ausgeführt, dass viele der früher als „syphilitisch" angesehenen papillären Bildungen nichts mit Syphilis zu thun hätten, und namentlich der von Alibert als solcher typisch hin-

---

[1]) Nosolog. method. Amstelodami 1768. T. II, pag. 554.

[2]) Ueber die sogenannte Framboesia etc. Arch. f. Dermat. u. Syph. 1869. pag. 382 u. Taf. III.

gestellte „Pian ruboide“ der Hinterhauptsgegend einfach entzündlicher Natur sei, und noch an anderen Orten[1]) dargethan, dass fungöse Wucherungen allerlei entzündliche und neoplastische Formen compliciren können, wie Lupus, Ulcera cruris, Sycosis, Pemphigus, und dass endlich unter dem Einflusse besonderer Cachexien die Disposition für die Entstehung solcher Vegetationen auf einfach entzündlicher Basis besonders entwickelt zu sein scheint.

Insoferne also kommt auch den mit Syphiliden sich combinirenden Vegetationen keine specifische Bedeutung zu.

Es ist aber Thatsache, dass auf Syphilisknoten häufig solche wuchernde Gebilde entstehen. Sie haben aber zunächst an und für sich nichts Specifisches, indem sie histologisch den auf einfach entzündlicher Basis entstandenen vollkommen entsprechen und wie diese aus einem exuberirenden Granulationsprozesse, oder einer Papillarhypertrophie, gleich der beim breiten Condylom bekannten hervorgehen. Nur dass hier die Basis eben durch den syphilitischen Knoten gegeben ist.

Sie sind demnach nur dadurch als von Syphilis bedingt zu erkennen, dass noch an ihrem Rande charakteristische Infiltration oder Ulceration sich vorfindet.

Sonach kann man, insolange der örtliche syphilitische Prozess nicht erloschen ist, während der Gegenwart der Vegetationen, gerade so die Charaktere des ersteren, die steile, scharf begrenzte Randinfiltration, die harte Basis, das charakteristische Randgeschwür etc. erkennen, als wenn innerhalb des begrenzten Terrains die Wucherungen nicht, oder statt ihrer Borken oder Pusteln zugegen wären.

Die Diagnose der Syphilis cutanea vegetans ist demnach mit dem Nachweise jenes basalen Infiltrates und der specifisch aussehenden Randgeschwüre gesichert.

Sobald jedoch diese letzteren geschwunden sind und nur noch die Vegetationen bestehen, bleiben für die Beurtheilung des betreffenden Affectes nur jene Behelfe übrig, die, wie die besondere Localisation, Gruppirung, Form und Ansehen der Narben, oder entferntere Momente eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose zu machen gestatten.

Anatomie des Knotensyphilides.

§. 162. Was bezüglich der histologischen Verhältnisse des syphilitischen Knötchens pag. 127 demonstrirt wurde, gilt auch für den grösseren Knoten. Es ist nur die grössere Ausdehnung des zelligen Infiltrates nach der Breite und Tiefe der Haut, das hier in Betracht kommt. Im Uebrigen sind es ganz dieselben hinfälligen Elemente, welche das Infiltrat ausmachen, und die an den älteren (mittleren) Partien am frühesten körnige Trübung, ein wie „bestäubtes“ Ansehen zeigen, während diejenigen der peripheren Theile noch einen deutlichen in Carmin gut sich färbenden Kern und normal-gekörntes Protoplasma erkennen lassen (Fig. 10).

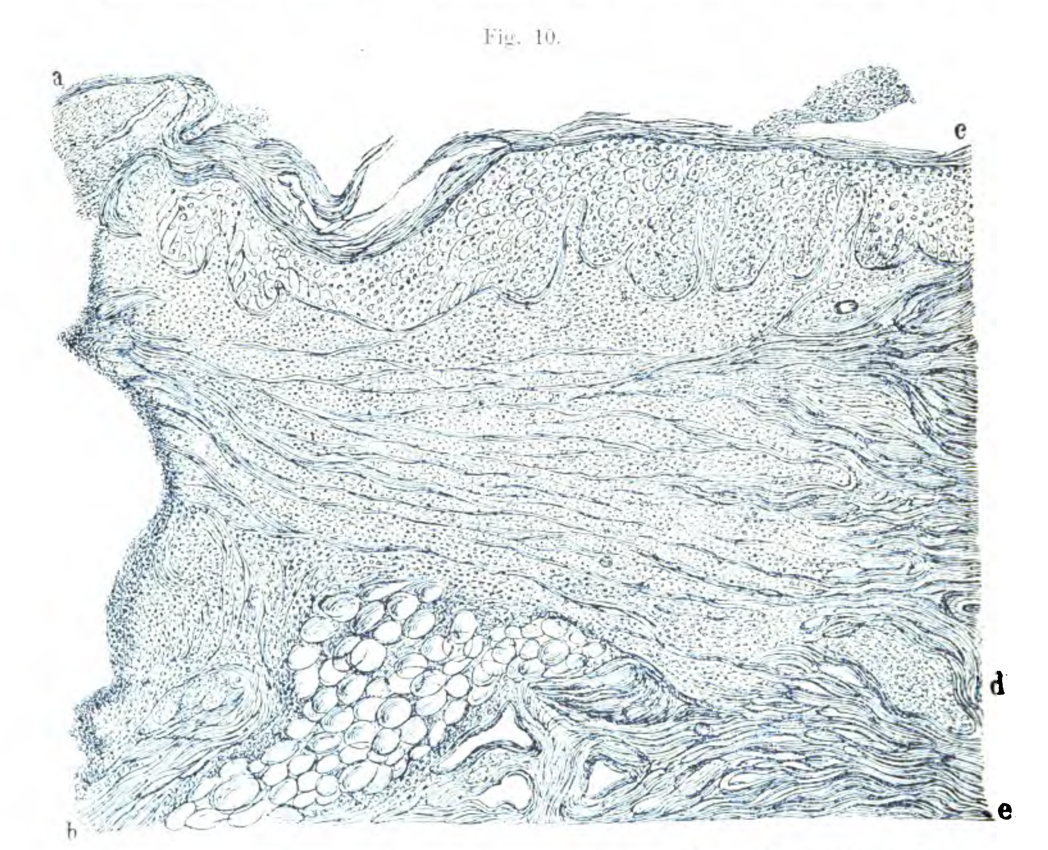
---

[1]) Hautkrankheiten Oper. cit.

Ueber den letztgenannten Partien, d. i. dem peripheren Theile des Knotens (Fig. 10 *hc*) sind die Papillen wohl erhalten, deutlich von der Schleimschichte abgegrenzt, die Zellen der letzteren übrigens vielfach von kleineren körnigen Elementen durchsetzt, oder auch vergrössert und mit mehreren Kernen versehen.

Je näher den älteren, atrophischen Stellen, und an letzteren selber wird die Grenze zwischen Rete und Papillen undeutlich, die Einstreuung fremdartiger Elemente setzt sich von den Papillen in

Fig. 10.



Durchschnitt der Randpartie eines Gummageschwüres. Vergr. Oc. 3. Obj. 4. H.

a b Geschwürsrand; *b k* Geschwürswandung nach der Tiefe mit pyogener Schicht; *h c* Randpartie des Gumma; *g d e* angrenzendes normales Gewebe; *f* Fettläppchen.

jenes fort, das Rete wird weiters schmäler, fehlt endlich ganz, womit das zelleninfiltrirte Corium zu Tage liegt: — Beginn der Ulceration.

Bis zu diesem Punkte unterscheidet sich das Bild nicht von dem einer oberflächlich exulcerirten Papel, oder der Schanker-Sclerose (Fig. 3 und 4).

Mit dem Fortschreiten der Verschwärung entsteht ein verschieden tief greifender Substanzverlust, der auch auf dem microscopischen Durchschnitte das macroscopische Ansehen wiedergibt (Fig. 10 *a b*), und in Bezug auf seine mögliche Tiefe und Breite im Allgemeinen

durch das Zelleninfiltrat bestimmt wird, das beim Gummaknoten selbstverständlich bis in's Unterhautzellgewebe reichen, alle eingeschlossenen Gebilde, Drüsen und Follikel dicht umgeben und erfüllen kann, zwischen die Fettläppchen (Fig. 10 *f*), die Gefässe umspinnend sich drängt, und obgleich peripherisch ziemlich scharf begrenzt (Fig. 10 *d e*) doch auch längs der Gefässe, weil von diesen ausgehend, noch verschieden weit über den Infiltrationsherd hinausreichen kann.

Der scharf abgesetzte, etwas unterminirte und über das Niveau erhabene Rand (Fig. 10 *a b*), so wie die weitere Begrenzungswand sind von einer verschieden dicken Lage einer körnig-krümeligen Masse gebildet, deren Elemente verschieden sind von den Eiterzellen gut granulirender Wunden, und hinter welcher die zellige Infiltration des Gummaknotens erkennbar ist.

Diese Schichte ist der Ausdruck der fortschreitenden Nekrobiose des specifisch infiltrirten Gewebes und gibt der Geschwürsoberfläche das bekannte „speckige", „unreine" macroscopische Ansehen.

§. 163. Bezüglich der subcutanen Gummaknoten gestalten sich die Verhältnisse einigermassen anders, jedoch, wie wir sehen werden, nur insoferne, als die Art und der Gang ihrer Metamorphose durch ihren tiefen Sitz und ihre grössere Masse bestimmt wird, und demnach gegenüber den Hautknoten schon a priori einiges Eigenthümliche erwarten lässt.

Man hat zwar wiederholt versucht, in Bezug auf die „eigentlichen" Gummata histologische Eigenschaften geltend zu machen, die deren klinischer Eigenthümlichkeit entsprechen und gleichsam zum Corollar dienen sollten (Robin[1]), E. Wagner[2]), v. Bärensprung[3]), und sie demgemäss auf Grund ihrer histologischen Verhältnisse als Geschwülste specifischer Art durch einen besonderen Namen (Syphiloma, E. Wagner) von den anderen syphilitischen Knotenformen abgrenzen wollen.

Andere haben aus gleichen Gründen, d. i. dem microscopischen Baue, dem Verhalten der sie constituirenden Formelemente, den Gummaknoten keine specifische Art zuerkennen wollen, und sie bald den Tuberkelknoten (v. Bärensprung[4]) verglichen, bald geglaubt ihre zum Verwechseln grosse Aehnlichkeit mit den Knoten des Lupus, der Scrophulose etc. hervorheben zu können (Auspitz[5]).

Sicher liegt dem eigenthümlichen klinischen Verhalten des Gummaknotens auch ein besonderer histologischer Charakter zu Grunde, der offenbar nur schwer zu definiren ist. Virchow's Worte sind aber ganz richtig: Specifische Elemente und ein so beständiger Bau, dass man in jedem Falle im Stande wäre, daraus mit vollkommener Sicherheit die Diagnose zu bestimmen, sind auch in den Gummata nicht vorhanden. Jedenfalls ist der Bau und die Gesammteinrichtung des Knotens in höherem Maasse eigenthümlich als die einzelnen Elemente, an denen die Hinfälligkeit, die Neigung zu frühem Zerfall

---

1) H. van Oordt, des Tumeurs gommeuses. Thèse de Paris 1859.
2) E. Wagner, Archiv d. Heilk. IV. Jahrg. 1863.
3) Annalen d. Charité. VI. Jahrg. 1. Heft. pag. 16 et sequ. 1855.
4) Deutsche Klinik. 1858. IV, 17.
5) Auspitz, Die Zelleninfiltration der Lederhaut. Med. Jahrb. Wien 1864.

wiederum mehr bezeichnet, als die Form und Ausbildung der Zellen selbst [1]).

Die histologische Zusammensetzung des Knotens und das weitere Schicksal der denselben constituirenden Formelemente, das zweifellos schon in ihrem Ansehen sich ziemlich klar ankündigt, Bau und Verlauf geben zusammen den Charakter des Gumma, der immerhin gegenüber den ähnlichen, aber aus anderen Ursachen hervorgegangenen Gebilden eigenthümlich genannt werden kann.

§. 164. Zunächst ist der Gummaknoten in dem recenten Stadium zu betrachten, da wo derselbe noch in der Anbildung begriffen ist, allenfalls in seinen peripheren, noch nicht zur Rückbildung neigenden Partien.

Hier möchte ich hervorheben, was ich bereits bei der allgemeinen Charakteristik der syphilitischen Productionen gesagt habe, dass ein stecknadelkopfgrosses Knötchen des „Lichen syphiliticus" seiner Zusammensetzung und seinem Schicksale, seinem Wesen nach ganz identisch ist mit einem wälschnussgrossen Gummaknoten. Beide bestehen aus einer gleichmässigen, dichten, kleinzelligen Infiltration des betroffenen Gewebes, wobei letzteres keineswegs die Erscheinungen entzündlicher Infiltration, seröse Durchtränkung, markirte Gefässerweiterung, grosse Maschenräume, sondern im Gegentheile ein dichtes, mehr trockenes Gefüge darbietet. Ich stimme ganz Virchow bei, wenn er sagt, dass das breite Condylom „nichts anderes ist als ein wenig entwickeltes Gummigewächs" [2]).

Wie aber das Knötchen, die Papel in ihrer Totalität, so weit sie aus neugebildeten Elementen besteht, zum Zerfall, zur Resorption oder Detrition gelangt, wobei auch die infarcirte Grundsubstanz mehr weniger mit degenerirt und zum Schwund gelangt, so gilt dies auch für das Gumma. Ich kann durchaus nicht dem beistimmen, was manche Autoren behaupten [3]), dass der periphere Theil des Gumma zu faserigem Bindegewebe, zur Narbe werde, während der innere Antheil sich als kugeliger Knoten abgrenzt, und nur dieser die retrograde Metamorphose zu schleimiger Erweichung, fettiger Entartung, oder käsiger Eindickung eingehen soll. Ich glaube im Gegentheil, dass der ganze Antheil des Gumma, so wie das kleinste syphilitische Knötchen zur Rückbildung, Schwund, Eiterung, Schmelzung gelangt und niemals zu bleibender Bindegewebsbildung sich umwandelt.

Wenn an der Peripherie von Gummaknoten narbige Bindegewebskapseln gesehen werden, so sind letztere nur das Product der reactiven chronischen Entzündung des das Gumma umgebenden Gewebes. Bei Gumma der Haut ist solches überhaupt noch nicht beobachtet worden. Ein solches Verhältniss tritt nur in parenchymatösen Organen, in der Leber, im Knochen ein, wo eben das Gumma gewöhnlich nicht zur Schmelzung und Ulceration, sondern zur fettigen Metamorphose gelangt. So entstehen jene Bilder von käsigen Herden in der Leber,

---

[1]) Virchow, Granulationsgeschwülste. Berlin 1865. Sep.-Abdr. pag. 393.
[2]) Virchow, l. c. pag. 411.
[3]) Rindfleisch, Lehrbuch der pathologischen Gewebslehre. 3. Aufl. Leipzig 1873. pag. 93.

welche von dicken, strahlig auslaufenden Bindegewebsschwielen eingekapselt erscheinen. Diese Bindegewebskapsel kommt jedoch erst consecutiv zu Stande. Frische Gummaknoten zeigen eine solche nicht. Daher ist auch jener Befund am häufigsten bei Erwachsenen anzutreffen, während bei Kindern das Gumma der Leber häufig in ganz reinen Verhältnissen angetroffen wird [1]). Und eben so möchte ich die an syphilitisch afficirten Knochen oft zurückbleibende Hypertrophie und Eburneation nur als Ausdruck der um einen Syphilisherd etablirten chronischen und wiederholt exacerbirten Entzündung betrachten [2]).

Eine Analogie solcher Bindegewebskapseln stellen für die Gummata der Haut jene sclerotischen und elephantiatischen Bindegewebs-Verdickungen dar, welche in der Umgebung chronisch sich erneuernder und ulcerirender Gummaknoten, z. B. an den Unterschenkeln, sich herausbilden. Hier ist es ganz klar, dass die Callosität und Verdickung der Gewebe nicht aus einer Metamorphose eines Theiles des Gumma selbst, sondern lediglich aus der collateralen, die Neubildung und die Ulceration der Gummata begleitenden Entzündung hervorgegangen ist und keine specifische Bedeutung hat, da ganz dieselbe Erscheinung um Lupusherde und um Varixgeschwüre sich herauszubilden pflegt.

§. 165. Das Gumma der Haut kommt unzweifelhaft in seiner Gänze zur Rückbildung und zwar schrittweise von dessen ältestem Theile aus, d. i. von dessen mittlerer Partie, ganz so wie dies früher beschrieben wurde. Immer ist es die Mitte des Knotens, welche zuerst die Erweichung erkennen lässt, während der periphere Theil noch die starre, derb-elastische Consistenz bewahrt hat.

Der Inhalt des erweichten Centrums ist nicht Eiter, wie bei einem Abscesse, sondern eine dünne, molkenähnliche Flüssigkeit, nebst

---

[1]) Ich bin im Besitze einer Leber von einem hereditär-syphilitischen Kinde, an deren Oberfläche, neben mehreren kleineren, auch ein Gumma von der Durchschnittsgrösse eines 20 Kreuzerstückes zu Tage liegt. Das Letztere zeigt ganz die Verhältnisse eines entsprechend grossen Hautknotens: gleichmässiges, dichtes Gefüge, wachsartigen Glanz, in der Mitte eine dellige Depression, scharfe äussere Begrenzung, — keine Spur einer bindegewebigen Kapselbildung an der Umrandung.

[2]) Wenn die Uebereinstimmung mit dem klinischen Verhalten den Maassstab für die Richtigkeit einer anatomischen Deutung abgibt, dann muss ich, der ich bei meinen Ausführungen die klinischen Erscheinungen stets im Auge zu behalten bemüht bin, mich wohl dessen freuen, dass Virchow im Grossen und Ganzen das Verhältniss zwischen dem Gumma und den um dasselbe auftretenden (Bindegewebs- und Knochen-) Hyperplasien zu allen Zeiten in dem gedachten Sinne vertreten hat. So sagt Virchow l. c. pag. 401, über das periosteale Gumma: „Die Gummigeschwulst selbst ossificirt nicht." Er spricht es ganz deutlich aus, dass die Bindegewebs- und Knochen-Hyperplasien consecutiv um die Gummata entstehen, und zwar eben nur in den parenchymatösen Geweben (Knochen, Leber). So heisst es l. c. pag. 401: „Der zweite Fall ist der, dass die käsige Masse längere Zeit liegen bleibt, dass sie als eine Art von persistentem Knoten sich erhält, was gewöhnlich dann geschieht, wenn ringsum starke, schwielige Verdickungen des Gewebes eingetreten sind." Weiters l. c. pag. 404: „Aber specifisch ist nicht das Product der Periostitis, es ist gewöhnlicher Knochen; specifisch ist eben nur das Gummigewächs." Vom Knochen selbst sagt Virchow l. c. pag. 405: „Es entstehen auch hier gummöse Bildungen mit käsigem Zerfall, innerhalb deren das Knochengewebe abstirbt (Nekrose), während sich um sie herum demarkirende Vorgänge (Eiterung, Granulationsbildung, Osteosclerose) gestalten.

gelblich-weissen, bröcklig-krümeligen, käseartigen Brocken. Es finden sich kleinzellige Elemente in allen Stadien der fettigen Entartung, in den Brocken grössere, in ihren Elementen degenerirte Gewebstrümmer nebst untermischten, fettkörnchenhaltigen Zellen und Kernen. Wird das fluctuirende Gumma spontan, oder mittelst des Messers eröffnet, so klaffen die starren Wände, der Inhalt entleert sich nur bei angewandtem Druck, und das Cavum zeigt geschwürige Beschaffenheit, weil dessen von dem Gummareste gebildete Wände nach der Höhle zu in fortdauernder Detrition begriffen sind. Die Nekrobiose schreitet bis an die äusserste Grenze des Gumma vor, worauf von dem anstossenden nicht-gummösen, aber entzündeten Gewebe her normale Granulations- und Narbenbildung erfolgt.

In den meisten Fällen gelangt ein peripherer Theil des Gumma, und von den tiefliegenden oft das ganze, namentlich unter geeigneter Behandlung, nicht zur Verflüssigung, sondern zu langsamer Verfettung und Resorption.

Käsige Eindickung und bindegewebige Einkapselung des Gumma ist an der Haut nie beobachtet worden. Immer kommt dasselbe auf die eine oder andere Art zur Elimination.

Ebenso wenig geht jemals aus demselben bleibendes Gewebe hervor [1]), wie etwa aus dem Lupusknoten.

§. 166. Die früher besprochenen, auf syphilitischen Productionen erscheinenden, zerfallenden oder zu bleibenden Gebilden sich umgestaltenden papillären Auswüchse haben eben auch nur die Bedeutung der consecutiv-entzündlichen Folgen, wie solche auch bei Lupus, chronischen Fussgeschwüren etc. aufzutreten pflegen. Sie haben unter solchen Umständen auch die gleiche histologische Beschaffenheit, gleichviel aus welcher Ursache sie hervorgegangen sein mögen, und dieselbe variirt nur nach dem Alter der Vegetation. Es sind warzenähnliche Bildungen, bestehend aus einem papillenähnlichen Bindegewebszapfen, der eine Gefässschlinge birgt, in frischem Zustande reich mit Zellen durchsetzt und grossmaschig, ödematös; wenn alt und derb, zellenarm und von dichterem faserigem Gefüge, jederzeit aber von einem mächtig entwickelten Rete bedeckt erscheint [2]).

Anders gestalten sich dagegen die Verhältnisse, so lange noch das specifische Infiltrat des Coriums, der syphilitische Knoten, zugegen ist. Dann erstreckt sich das dichte, kleinzellige Infiltrat der Basis bis in die vergrösserten und hervorragenden Papillen, und dann werden auch die Vegetationen in den Rückbildungsprocess mit eingezogen, indem sie zerfallen, atrophisiren, verschwären.

Am reinsten stellen sich diese Verhältnisse dar in einer eigenartigen

---

[1]) Wenn (wie Virchow l. c. pag. 408 einen solchen Fall mittheilt) aus einer Rupianarbe ein Keloid sich entwickelt, so hat dieses mit Syphilis gar nichts weiter gemein. Die letztere war nur die Gelegenheitsursache, insoferne im Gefolge derselben eine Narbe entstanden war. Aus Narben jeder Art aber kann ein Narben-Keloid hervorgehen, wie ich dies in meiner Arbeit „über Keloid" (Hautkrankheiten von Hebra und Kaposi, 2. Th. 2. Lief. pag. 169 et sequ.) histologisch nachgewiesen habe.

[2]) Kaposi, Ueber die sogenannten Framboesia etc. Archiv f. Dermat. und Syphilis. 1869. 3. Heft. Taf. III. Fig. 1, 6, 7.

Form der Syphilis cutanea vegetans, welche ich in meiner früher erwähnten Arbeit über „Framboesia“ beschrieben habe.

Hier hatte die syphilitische Zelleninfiltration nur die obersten Schichten des Coriums vom Stratum vasculare aufwärts betroffen.

Das Verhältniss des Knotensyphilides zur syphilitischen Allgemeinerkrankung.

§. 167. Syphilis cutanea gummatosa und ulcerosa erscheint gewöhnlich erst in den späteren Jahren der syphilitischen Erkrankung, ausnahmsweise in den früheren Perioden und dann gewöhnlich mit den dieser Periode entsprechenden Exanthemformen, namentlich den papulösen, gemengt.

Wie die Gummata selbst nur den späteren Jahren der syphilitischen Diathese angehören, so finden sich in ihrer Gesellschaft in der Regel auch nicht Symptome früherer Erkrankung, z. B. keine Papeln, keine breiten Condylome, sondern auch nur correspondirende Erkrankungen anderer Organe, z. B. der Knochen, Visceralsyphilis. Insofern ihre Gegenwart ein Zeichen für die ausserordentliche Hartnäckigkeit und Persistenz der syphilitischen Diathese des betreffenden Individuum ist, sind die Gummata allerdings kein günstiges Vorkommniss; doch ist ihre Bedeutung für den Organismus, so lange sie vereinzelt sich vorfinden, keineswegs eine bedenkliche. Nur mit ihrer bedeutenden Vermehrung und namentlich dem raschen ulcerösen Zerfall erscheint auch der Organismus, die Gesammternährung in Anspruch genommen und die Veranlassung zu Cachexie und bedeutender Erkrankung innerer Organe wie Nieren, Leber u. s. w. gegeben.

Mit vereinzelten Gummaknoten, woferne sie nicht durch Monate und Jahre successive sich wiederholen, ist ein gutes Allgemeinbefinden und Aussehen, ja, wie wir auch gesehen haben, bei Gegenwart sehr zahlreicher, tiefgreifender auch über nussgrosser, ulcerirender Gummata die Conception und Geburt eines lebenskräftigen gesunden Kindes möglich.

Pigmentsyphilis.

§. 168. Unter den Bezeichnungen Pigmentsyphilis, Syphilid pigmentaire ou maculeuse, taches syphilitiques, Pigment-Syphilid, Syphiloderma pigmentosum, werden von mehreren Autoren, vorwiegend französischen (Monneret, Hardy, Pillon, Gibert, Bazin, Lancereaux, Fournier), aber auch italienischen (Tanturri), deutschen (Schwimmer) und amerikanisch-englischen (Atkinson, Drysdale, Geo. Henry Fox, Duhring) braune Färbungen der Haut angeführt, welche nach der Meinung der meisten unter den genannten Autoren in gleichem Sinne, wie die specifischen Exantheme, die Syphilide, als directe Wirkung der syphilitischen Diathese entstehen, und wie jene durch eine antispecifische Behandlung beeinflusst und zum Schwinden gebracht werden sollen.

Diese Pigmentationen schildert einer der jüngsten Autoren über

diesen Gegenstand (Schwimmer) nach eigenen Beobachtungen als „schmutzig-braune oder braun-gelbe" Flecke von unregelmässiger Gestalt, die theils isolirt, theils durch Ineinanderfliessen der verfärbten Stellen oft wie ein grobmaschiges Netzwerk sich präsentiren, zwischen welchen die normalgefärbten Hautstellen wie weisse kleine Inseln erscheinen. Die Flecke selbst sind meist glatt, ohne Erhöhung des Niveaus der Haut, trocken anzufühlen und selten scharf begrenzt.

Die Flecke charakterisiren sich im Uebrigen wie eben Pigmentflecke, indem sie weder schuppen, noch etwa, wie die der Pityriasis versicolor, mittels des Fingernagels weggekratzt werden können, keinerlei subjective Erscheinungen veranlassen, ohne solche entstehen und lange unverändert persistiren; demnach ganz und gar, wie die als Chloasma bekannten Pigmentationen.

Als Localisation derselben werden angegeben: Hals, Nacken, Thorax, Gesicht, welche Theile sie in ganz unregelmässigen kleineren, bis sehr ausgebreiteten Flecken occupiren sollen.

Sie sollen schon in den ersten Monaten, etwa in der ersten Latenz der Syphilis, selten später als im 1. oder 2. Jahre der Erkrankung auftreten [1]).

§. 169. Ich muss gestehen, dass es mir bis nun nicht geglückt ist, derartige Pigmentationen unter solchen Umständen zu beobachten, dass deren innerer Zusammenhang mit constitutioneller Syphilis mir wahrscheinlich geworden wäre.

Von den braunen Verfärbungen, die nach syphilitischen Infiltrationsprozessen aller Formen, der Syphilide überhaupt, auch der Roseola, zurückzubleiben pflegen, ist selbstverständlich hier abzusehen. Auch von jenen selteneren Vorkommnissen von Recidiv-Roseola oder Syphilis annularis von kaum merkbar infiltrirter Basis, die ein eigenthümliches, bleigraues Pigment zurückzulassen pflegt. Nur von den ohne jedwede vorangehende Exanthemform auftretenden Verfärbungen wird als „Pigmentsyphilis" berichtet.

Da gibt es nun braune Verfärbungen überaus diffuser und fast gleichmässiger Verbreitung bei Syphilitikern, die wohl als Ausdruck und Folge der Diathese angesehen werden müssen. Sie sind wohl jederzeit in der cachektischen „Missfärbung" der Haut inbegriffen, die von jeher von mit acuter und chronischer Syphilis Behafteten beschrieben worden ist. Allein diese Missfärbungen sind von gleicher Bedeutung, wie die bei anderweitigen dyskrasischen Zuständen, etwa wie an mit Lichen scrophulosorum Behafteten öfters zu sehen. Haben wir ja bei derartigen Individuen, auch männlichen, sogar circumscripte, dem Chloasma uterinum der weiblichen Personen congruente, sepiabraune Flecke der Stirne und Wange gesehen, die mit der Besserung der Ernährung in Folge des innerlichen Gebrauches von Leberthran vollständig schwanden.

Ob nun die analogen Pigmentflecke, welche von den erwähnten Autoren bei syphilitischen Frauen und Männern gesehen worden sind,

[1]) Die „weisse" Färbung der Centra wird von Einzelnen als Contrasterscheinung der peripheren dunkeln Färbung, in sich also als normale Coloration angesehen, während Andere dieselbe als Ausdruck von Pigmentschwund erklären (G. H. Fox), welchem dunklere Pigmentirung vorangegangen sein müsse.

nicht von derselben Bedeutung sind, d. i. nur der Ausdruck eines im Allgemeinen als Depression der Ernährung zu betrachtenden Zustandes, ohne Rücksicht seiner specifischen Ursache, eines Zustandes, der auch bei Syphilis zugleich durch welke, fahle, trockene, mangelhaft secernirende Haut sich ausprägt, dies wage ich nicht zu entscheiden. Auch dass solche Flecke bei sonst gut genährten Syphilitischen angetroffen worden sind, würde nicht gegen eine solche Deutung sprechen, da genug oft schwere Syphilisformen an gut Genährten sich vorfinden. Endlich auch nicht die Beobachtung, dass solche Pigmentationen, nachdem sie lange bestanden hatten, unter einer antisyphilitischen Kur auffallend rasch geschwunden sind (obgleich Manche dies in Abrede stellen), denn eine solche Kur hat eben auch eine Besserung des constitutionellen Zustandes im Sinne der allgemeinen Ernährung bewirkt.

Dennoch verdienen die einschlägigen Beobachtungen eine besondere Beachtung.

Ich selbst habe an einem 22jährigen, ziemlich schlecht genährten, mit einem dispersen papulösen Recidiv-Exanthem behafteten Mädchen unserer Klinik analoge Pigmentationen am Stamme, Nacken und auf der Stirne gesehen, die ebenfalls im Verlaufe der Einreibungskur geschwunden sind, allerdings, indem zugleich die Gesammternährung des Individuums eine bessere geworden ist.

Ob es aber gerechtfertigt sei, diese Verfärbungen in gleichem Sinne, wie das papulöse Exanthem, als directes Product des syphilitischen Contagiums anzusehen, dieses zu behaupten, glaube ich nach den bisherigen spärlichen Beobachtungen und der Schwierigkeit, den pathologischen Schlüssel für ihre Deutung zu finden, nicht behaupten zu können.

Syphilis der Haare und Nägel.

§. 170. Syphilis der Haare und Nägel im eigentlichen Sinne, d. h. durch die syphilitische Diathese in ähnlich directer Weise veranlasste pathologische Veränderungen und Zustände derselben, etwa wie die Exantheme der Haut darstellen, gibt es meiner Ansicht nach nicht. Als fertige Gebilde können die Haare und Nägel eben von Zuständen des Organismus kaum weiter beeinflusst werden und Veränderungen, die an denselben wahrgenommen werden, stellen sich wesentlich als Störungen in der Neu- und Anbildung heraus, deren Ursache vorwiegend in örtlichen Umständen und nur zum geringen Theile in der constitutionellen Blutmischung gelegen ist, so dass sie zumeist nicht als directer Effect, sondern als consecutive Erscheinungen der Syphilis zu betrachten wären.

Dies gilt schon im Allgemeinen von den Erkrankungen der Haare und Nägel, wie wir dies in den betreffenden Kapiteln unserer dermatologischen Werke des Weiteren ausgeführt haben, und so auch für die während der syphilitischen Erkrankung zu beobachtenden, als Alopecia und Onychia syphilitica gewöhnlich angeführten Affectionen.

Alopecia syphilitica.

§. 171. Es ist kein specifisch charakterisirtes Krankheitsbild, welches unter dem Namen Alopecia syphilitica in der Pathologie angeführt wird. Es gibt eben kein solches. Wohl aber erleidet der Haarwuchs bei Syphilitikern in verschiedener Weise Störungen, die allerdings erwähnenswerth sind, wäre es auch nur, um die in dieser Beziehung gangbaren Vorstellungen auf das richtige Maass einzuschränken.

Zunächst wäre zu erwähnen, dass bei manchen Syphiliskranken schon gleichzeitig mit dem Auftreten der ersten Allgemeinsymptome, also sehr frühzeitig, Defluvium capillorum sich einstellt, welches in einfacher, ohne nachweisbare örtliche Veränderung des Haarbodens bedingter Lockerung und büschelförmigem Ausfallen der Kopfhaare (selten auch der Haare des Bartes, oder auch des ganzen Körpers) besteht. Dasselbe betrifft den Haarwuchs des Kopfes fast allgemein in dem Sinne, dass eben über Scheitel-, Seiten- und Randtheilen des Kopfes binnen kurzer Zeit viele Haare verloren gehen und das Haar eben sehr gelichtet wird. Dabei sieht man weder abnorme Schuppung, Röthung oder Efflorescenzbildung auf der Kopfhaut. Am häufigsten stellt sich so frühzeitiges Effluvium nach hochgradiger Kephalalgie der Eruptionsperiode ein, selten auch ohne solche. Es dauert jedenfalls so lange, als die constatirbare Syphilis, manchmal auch noch über die Zeit hinaus, in welcher die Diathese durch eine entsprechende Behandlung schon behoben sein mag, oder besser, in die unbestimmbar lange Periode der sogenannten Latenz der Syphilis hinein. In der Regel erreicht das Uebel keinen höheren Grad, als das Effluvium, das unter oder nach anderen debilitirenden Erkrankungen, wie nach Typhus, Variola, Scarlatina zu beobachten ist, obgleich es immerhin etwas Befremdendes hat, zu einer Zeit und unter einer Erkrankung, bei der der Organismus nicht im Entferntesten so in Anspruch genommen sein kann, wie etwa nach Typhus, eine so plötzliche Loslösung der Haarwurzeln von ihrer Papille zu beobachten, eine Erscheinung, die doch nur als neurotische Kakotrophie gedeutet werden kann.

Weniger auffallend ist das Auftreten von so frühzeitigem Effluvium bei von Haus aus marastischen Individuen, bei welchen auch in der Regel andere schwerere Symptome sofort mit dem ersten Ausbruch zu erscheinen pflegen, als grosspustulöses und zur Rupiaform neigendes Exanthem, Knochenauftreibungen, Exsudation in die Gelenke. Bei solchen kommt es, wofern die Erkrankung längere Zeit, von keiner Behandlung beeinflusst, fortbesteht, auch zu vollständigem Verlust der Kopfhaare, ja auch der Augenbrauen, der Bart- und Schaamhaare, ein Vorkommniss, dass in dieser Form, wenn auch in ungleich längerer Frist (von Alop. areata abgesehen), allenfalls bei Leprakranken zu beobachten ist.

§. 172. Ungleich häufiger, ja beinahe ein regelmässiges Ereigniss ist eine andere Form des Haarverlustes, die eigentliche Alopecia syphilitica, welche in einem allmäligen Rar- (Schütter-) werden des Kopfhaares besteht. Sie stellt sich meist erst in den späteren Monaten der Erkrankung ein, oft auch erst nachdem durch eine Therapie die

Symptome der Eruptionsperiode verschwunden sind, in der Zeit der ersten Latenz, wofern später Recidiven kämen. Sie ist aber auch oft genug bei solchen Personen beobachtet worden, die später nie mehr Syphiliserscheinungen dargeboten haben.

Der Form und Bedeutung nach entspricht diese Alopecie ganz und gar der von mir als Alopecia furfuracea beschriebenen, welcher hier Seborrhoe zu Grunde liegt. Wie in Folge von allgemeinen Ernährungsstörungen, Chloranämie, chronischem Gastricismus, in der Reconvalescenz nach fieberhaften Krankheiten, nach dem Puerperium etc., oder infolge von örtlichen Erkrankungen der Kopfhaut, nach Eczem, Erysipel u. s. w. in subacuter Weise, oder bei gesunden Männern in lentescirender Weise Seborrhoe sich einstellt, in deren monatelang fortgesetztem Bestande die vorhandenen Haare ausfallen, die nachwachsenden aber ein zunehmend kürzeres physiologisches Dasein fristen, d. h. dünner und pigmentärmer gedeihen und früher ausfallen, derart also der Haarwuchs in toto dünner (schütter) wird, endlich in Folge von Verordnung vieler Follikel kahle Stellen resultiren: so und nicht anders entsteht und gestaltet sich auch die im Verlaufe und in Folge der Syphilis sich etablirende Alopecie.

Sie betrifft vorwiegend die Stirn- und Scheitelregion des Kopfes und gedeiht nur selten bis zu vollständiger Kahlheit selbst dieser beschränkten Partien. Zwischen der dünnen Behaarung sieht man den Haarboden mit mehr weniger mächtigen, schmutzig gelbweissen, schmierigen oder asbestähnlich blättrigen Massen besetzt, die sowohl spontan continuirlich abblättern, als auch leicht in toto ablösbar sind. Die Kopfhaut erscheint unter denselben blass, oder mässig geröthet, etwas empfindlich. Die restirenden Haare sind dünn und leicht ausziehbar, während die der Scheitelwandregion, der Schläfen- und Hinterhauptgegend meist in voller Ueppigkeit und Festigkeit sich erweisen.

Die Entwicklung dieser Alopecie datirt, wie erwähnt, in der Regel vom 3. bis 6. Monate der Gesammterkrankung, gleichgiltig, ob um diese Zeit die Diathese bereits therapeutisch getilgt ist, oder noch Recidiven erfolgen und besteht in vielen Fällen unabhängig von letzteren, und auch ohne solche als selbständiges Uebel, gerade so, wie die unter anderen Umständen aufgetretene Alopecia furfuracea.

§. 173. Die Diagnose der Alopecia syphilitica stützt sich nach dem Gesagten auf dieselben Symptome, wie die Alopecia furfuracea non syphilitica. Sie hat eben keine specifischen Charaktere, und was an derselben von specifischer Bedeutung wäre, ist nur das entferntere ursächliche Moment. Die Syphilis prägt sich eben in dem Krankheitsbilde eben so wenig aus, wie die speciellen, directen und indirecten Veranlassungen der nicht syphilitischen Alopecie in der letzteren erkennbar sind. Es kann also auch in dem Sinne keine Diagnose einer Alopecia syphilitica geben, dass man aus ihrer Gegenwart den Bestand oder das Vorhergegangensein einer syphilitischen Erkrankung entnehmen könnte, sondern es verhält sich gerade umgekehrt, dass man nur bei Gegenwart, oder anamnestischer Constatirung von zweifellosen Syphilissymptomen, als Induration, Exanthem etc., eine vorhandene Alopecie als wahrscheinlich von Syphilis veranlasst ansehen kann.

§. 174. Auch die Prognose der Affection beruht auf den gleichen Momenten, wie bei der nicht syphilitischen Alopecie. Manche Fälle von früher Entwicklung und kurzem Bestande wenden sich sofort zum Bessern, sobald der Organismus durch eine sufficiente Behandlung gänzlich von der syphilitischen Erkrankung befreit, die Gesammternährung des Körpers und die Function des Hautorgans normal geworden ist. In anderen, namentlich protrahirten Fällen, kommt es eben so wenig, wie bei langwährender nicht syphilitischer Alopecia furfuracea zur früheren Ueppigkeit des Haarwuchses. Es kann aber durch dieselben örtlichen Verfahrungsweisen, welche gegen letztere sich erfolgreich erweisen, auch bei der syphilitischen Alopecia, namentlich jüngerer Individuen, ein Stillstand des Prozesses und ein theilweiser Wiederersatz der Haare erzielt werden.

§. 175. Von nur consecutiver Bedeutung ist jener Haarverlust, welcher im Bereiche von sowohl papulös-squamösen Eruptionen, als insbesondere von gummös-ulcerösen Erkrankungen der Kopfhaut zu beobachten ist. Die papulösen Infiltrate schwinden bekanntlich unter theilweiser Atrophie des von ihnen betroffenen Cutisantheiles, und es ist daher begreiflich, dass dabei auch immer eine gewisse Anzahl von Haarpapillen, nebst dem ihnen entsprechenden Haarbestand verloren geht. Selbstverständlich ist dieser Haarverlust meist von geringem Belang.

Zu ausgedehnter bleibender Kahlheit führt jedoch das ulceröse Syphilid, da in dessen Bereich die Cutis sammt Haarpapillen vollständiger zerstört und der Substanzverlust durch zur Haarproduction unfähiges Narbengewebe ersetzt wird.

Onychia syphilitica.

§. 176. Es wird angegeben, dass die Nägel der Finger und Zehen unter der Einwirkung der syphilitischen Diathese in mannigfacher Weise degenerativ sich verändern, weisse Flecke, Quer- und Längsfurchen bekommen, dünn, glasig, brüchig, oder trübe, verdickt, bröckelig, käsig, aufgetrieben, blätterig, stummelig u. s. w. werden. Die aufgezählten Zustände unterscheiden sich in Nichts von den als Onychiasis, Scabrities unguium und ähnlichen Namen bekannten Veränderungen der Nägel, welche selten idiopathisch, oft in Folge von traumatischen und chemischen Einflüssen, überwiegend aber als Complication und Folge von verschiedenen nicht syphilitischen Hautkrankheiten beobachtet werden, die mit Kakotrophie der Epidermis einhergehen, als Psoriasis, Eczem, Lichen ruber, Tylosis, Ichthyosis u. m. A. Abgesehen also von dem Mangel eines jeden specifischen Charakters der in Rede stehenden Nagelentartung, bin ich auch gar nicht in der Lage aus eigener Beobachtung zu bestätigen, ob sie in der That, wie die meisten Autoren lehren, als directe Folge der syphilitischen Diathese entstehen, etwa wie angeblich weisse Flecke nach Fieber, oder Glasigwerden der Nägel bei Anämie.

Sicher dagegen ist, dass ein grosser Theil solcher Vorkommnisse rein consecutiver Natur ist, bedingt theils durch die Matrix, oder den Nagelfalz, also die den Nagel bildende Cutis betreffende syphilitische

Infiltration, sei es papulöser oder ulceröser Form. Und zwar erkrankt jedesmal der Nagel sichtlich nur in der jener Infiltration entsprechenden Ausdehnung und Dauer, wie dies unter Paronychia syphilitica (p. 179) beschrieben worden. War die Form der Letzteren ulcerös, die also mit narbiger Entartung endet, so wird eben in entsprechender Ausdehnung, manchmal denn auch im ganzen Umfang, der Nagel nicht nur entarten, sondern auch für die Dauer defect sich bilden.

Bei papulösen Paronychieformen ist die durch sie bedingte Onychie meist vorübergehend. Dagegen trifft es sich, dass fast alle Nägel der Finger und Zehen dauernd schlecht gebildet werden, wenn Psoriasis palmaris et plantaris viele Monate oder Jahre bestanden hat. Es ist hier dasselbe Verhältniss, wie bei lange währendem Eczem, oder Psoriasis vulgaris, welche bei Localisation an den Händen direct, bei anderweitiger Localisation dagegen auf dem Wege des Nervenreflexes Onychie veranlassen. Da die Restitution der Nägel bekanntlich ungemein langsam vor sich geht (für den Nagel der grossen Zehe sollen ja 2 Jahre erforderlich sein), so ereignet es sich sehr oft, dass die die Onychie bedingenden Prozesse längst erloschen sind und die Nagelentartung noch fortbesteht, so dass diese sodann als wie ein selbständiges Uebel sich präsentirt. Nicht anders mag es auch mit den Fällen von lange bestehenden Onychien syphilitisch Gewesene bestellt sein.

Syphilis der Schleimhaut.

§. 177. Das Schleimhautgebiet, welches wir bei Besprechung der idiopathischen Syphilisaffectionen (Schanker, Primärläsionen aller Art) zu berücksichtigen hatten, war ein sehr beschränktes, das der weiblichen Genitalien bis zur Vaginalportion, des vorderen Theiles der männlichen Harnröhre und die Schleimhaut der Mundhöhle. Denn nur so weit findet erfahrungsgemäss directe Uebertragung der Syphilis statt.

Die symptomatischen Syphilisaffectionen jedoch, mit denen wir es in diesem Abschnitte des Werkes zu thun haben, beschränken sich nicht nur auf die Schleimhaut der genannten Regionen, sondern befallen gelegentlich auch die Schleimhaut der tiefer gelegenen Körperhöhlen, namentlich beliebiger Stellen des Digestionstractus vom Oesophagus bis zum Sphincter ani. Indessen sind diese letztgemeinten Vorkommnisse mehr Gegenstand des pathologisch-anatomischen Fundes als der klinischen Beobachtung, und zwar sowohl wegen ihrer im Allgemeinen grossen Seltenheit, als wegen jeglichen Mangels an am Lebenden kenntlichen Symptomen. So dass wir die folgende Darstellung ohne Nachtheil für das Sachverständniss auch bezüglich der allgemeinen, wie speciellen Pathologie der constitutionellen Schleimhautsyphilis zunächst auf die der Inspection zugänglichen Anfangsstücke des Verdauungs- und Athmungstractus beschränken dürfen und die Schleimhautsyphilis anderer Organabschnitte und Organe mit der Syphilis der letzteren zu besprechen uns vorbehalten.

Allgemeine Charakteristik der Schleimhautsyphilis.

§. 178. Die symptomatischen Syphiliserscheinungen der erwähnten Schleimhautgebiete, insbesondere aber die der Mund- und Rachenschleimhaut, sind nahezu von gleich grosser Wichtigkeit für die Pathologie dieser constitutionellen Krankheit, wie die ihr eigenthümlichen Manifestationsformen an der allgemeinen Decke. Sie treten auch zumeist gleichzeitig mit diesen auf, oder gehen ihnen selbst einigermassen voraus, halten auch mit den Syphiliden in einem gewissen Sinne Parallele in Bezug des Auftretens, des Charakters und Verlaufs, so dass beide Erkrankungsformen, die der allgemeinen Decke und der gedachten Schleimhautregionen, sich gegenseitig erst zu einem vollständigen Krankheitsbilde des individuellen Syphilisfalles ergänzen.

Man kann zweckmässig die syphilitischen Erkrankungen der genannten Schleimhautpartien in Früh- und Spätformen unterscheiden, wie die specifischen Erscheinungen der allgemeinen Decke, und es gibt noch manche andere Analogie und Uebereinstimmung zwischen beiden in Rede stehenden Krankheitstypen.

Dies sind auch die Gründe, weshalb die Syphilis der Schleimhaut im Interesse des klinischen Verständnisses gerade so gesondert betrachtet und abgehandelt zu werden verdient, wie die Syphilis der allgemeinen Decke. Denn, von diesem triftigen Grunde abgesehen, wäre ja die Syphilis der Schleimhaut besser in Einem mit der Syphilis der einzelnen Organe zu besprechen, wie des Kehlkopfes, der Nase, des Darmes, der Lunge etc., da ja die Schleimhaut in die syphilitische Erkrankung der von ihr bekleideten Knorpel, Knochen, Muskeln, Drüsen etc. nothwendig mit hineingezogen wird. In dieser Beziehung wird also die Erkrankung der Schleimhaut jedenfalls noch an der betreffenden Stelle jedesmal mit zur Sprache kommen.

Hier handelt es sich aber um die Besprechung einer der Schleimhaut gewisser Regionen eigenthümlichen und mit der Hautsyphilis parallelisirbaren und praktisch wie nosologisch abzuschätzenden Reihe von Erkrankungsformen.

§. 179. Trotz vieler Analogien und Berührungspunkte mit den Syphiliden, unterscheiden sich die hier zu besprechenden Veränderungen der Schleimhaut bedeutend von denen der allgemeinen Decke, selbst den nosologisch gleichwerthigen, wie dies ja aus der anatomischen Verschiedenheit des Substrates, dem Gefäss- und Drüsenreichthum der Schleimhaut, der fortwährenden Bähung ihres Epithels durch Schleim, Speichel, Wärme, den Insult durch mechanischen Druck, Zerrung, Reibung beim Kauen und Sprechen etc. vorausgesetzt werden kann, so dass die von vielen Autoren beliebte und von Einzelnen noch übertriebene Parallelisirung von syphilitischen Enanthemen mit solchen Exanthemen wohl sehr viel Willkürliches in sich birgt. Den thatsächlichen Verhältnissen entsprechen vielmehr ganz individuell gefärbte und eigens charakterisirte Krankheitsbilder der syphilitischen Schleimhautaffectionen. Ihre genaue Kenntniss ist um so wichtiger, als diese Erkrankungsformen sehr lange, oft um Jahre und Jahrzehnte die specifischen Erkrankungen der allgemeinen

Decke überdauern; weil sie weiters in sehr vielen Fällen als alleinige Merkzeichen der noch vorhandenen, oder vorausgegangenen constitutionellen Erkrankung fortbestehen und den Schlüssel zur Deutung sonst unklarer Symptome und Symptomencomplexe bieten.

§. 180. Obgleich demnach die symptomatisch-syphilitischen Erkrankungsformen der in Rede stehenden Schleimhautregionen klinisch und anatomisch ganz eigenthümlich und besonders charakterisirt sind und mit den syphilitischen Affectionen der allgemeinen Decke nur in beschränktem Maasse Analogien bieten, so sind doch gerade diese auch hervorzuheben und zwar eben mit Betonung jener Momente, auf welchen diese theilweise Uebereinstimmung beruht. Dieselben beziehen sich vorwiegend auf den inneren anatomischen Werth des Affectes, der ja nach meiner an einer früheren Stelle (pag. 126) gegebenen Darstellung wesentlich die Intensität, Dauer, Verlaufsweise und die örtlichen Folgen, das ist geringere oder stärkere Destructionskraft einer Gewebsalteration bestimmt, und im weiteren Sinne auch auf ein gewisses chronologisches Verhältniss zwischen beiden, den Haut- und Schleimhautaffectionen.

Es kommen nämlich, gerade so wie auf der allgemeinen Decke, auch auf der Schleimhaut, in den Frühperioden der constitutionellen Erkrankung mehr oberflächliche und ohne bleibenden oder intensiven Gewebsverlust verlaufende Erkrankungsformen, in den Spätperioden mehr massige und sehr destructiv verlaufende Prozesse vor. Nur dass auf der Schleimhaut diese Verhältnisse und die hier originären und ohne Analogie mit den Affectionen der allgemeinen Decke dastehenden, viel constanter sich erweisen und daher auch für die Schlussfolgerung bezüglich der Geschichte, des Alters, des individuellen Falles noch mehr verlässlich sind, als die analogen Formen der cutanen Syphilis. In erster Reihe gilt dies für die symptomatischen Syphiliserscheinungen der Mundhöhlen- und Rachenschleimhaut, mit der wir uns zunächst beschäftigen wollen.

Syphilis der Schleimhaut der Mundhöhle und des Racheneinganges. Syphilis mucosae oris et faucium.

Allgemeine Symptomatologie.

§. 181. Die syphilitischen Erkrankungen der Mundhöhlenschleimhaut und des Rachens, der Zunge mit inbegriffen, müssen im Zusammenhange betrachtet werden. Abgesehen davon, dass das genannte Schleimhautgebiet ein einheitliches und gleichzeitig übersehbares Untersuchungsobject darstellt, erkrankt dasselbe auch erfahrungsgemäss in seinen verschiedenen Abschnitten zumeist in demselben anatomischen Sinne, wenn auch nicht immer in derselben Form.

Die hier zu beobachtenden Erkrankungen manifestiren sich entweder vorwiegend in einer eigenthümlichen Veränderung und Ernährungsstörung des Epithels und der epithelbildenden obersten Schleimhautschichte; oder es erkrankt die Schleimhaut in ihrer ganzen Mächtigkeit, mit mehr weniger prononcirter Betheiligung der in sie eingebetteten Schleimdrüsen und geschlossenen Bälge (Lymphdrüsen)

oder die Prozesse übergreifen endlich auch noch auf das submucöse Bindegewebe, Periost, die Muskeln, Knochen und Knorpel.

Zumeist erkrankt die Schleimhaut primär, indem manche Formen stets in den obersten Schleimhautschichten ihren Anfang nehmen und hier persistiren. Auch solche dringen von da allmählig auf die tiefer liegenden Gebilde vor und machen in dieser Richtung meist nur langsame, daher weniger allarmirende und leichter zu bekämpfende Fortschritte. Anderemale — und für gewisse Formen gilt dies besonders — erkrankt die Schleimhaut secundär, indem im Periost, im Knochen und Knorpel, in den Muskeln ursprünglich entstandene Affectionen gegen und in die Schleimhaut vordringen, und dies sind die mehr acut und destructiv verlaufenden Erkrankungsformen.

Eintheilung der Mund- und Rachensyphilis.

§. 182. Wie rücksichtlich der so sehr vielgestaltigen Syphiliden, ergibt sich auch bezüglich der syphilitischen Erkrankungsformen des in Rede stehenden Schleimhauttractes das Bedürfniss einer verständnissfördernden und orientirenden Eintheilung, da ja, wie bereits angedeutet, die sich darbietenden Formen weder pathologisch gleichwerthig, noch zur Allgemeinerkrankung in derselben chronischen und meritorischen Beziehung stehen. Eine Schilderung der hier zu beobachtenden Symptome, ohne gleichzeitige Rücksichtnahme auf die eben angedeuteten Differenzen, dürfte daher kaum entsprechend befunden werden. Aber auch eine scharfe Abgrenzung von Symptomen und Symptomengruppen wäre nicht statthaft, da in der Wirklichkeit von den frühen und leichten Formen zu den späten und schwereren doch stetige Uebergänge sich vorfinden.

Im Grossen und Ganzen dürfte aber dennoch jene Eintheilung der Mund- und Rachensyphilis als zutreffend und praktisch zugleich sich erweisen, welche bereits in meiner den Gegenstand behandelnden Habilitationsschrift aus dem Jahre 1866 [1]) vertreten ist und nach welcher acute und chronische Syphiliserscheinungen der genannten Schleimhautregionen unterschieden werden.

Acute Syphiliserscheinungen der Mund- und Rachenschleimhaut.

§. 183. Die acuten Syphiliserscheinungen der Schleimhaut der Mund- und Rachenhöhle bilden einen der „acuten" oder Eruptionsperiode der Lues entsprechenden und mit ihr in der Regel auch cyclisch abschliessenden Symptomencomplex. Ich fasse dieselben ihrem wesentlichen Charakter nach und zum Unterschiede von den in der späteren Syphilisperiode auftretenden zusammen als

Angina syphilitica acuta.

§. 184. Dieselbe tritt häufig 1—2 Wochen vor, meist aber ziemlich gleichzeitig mit dem ersten Syphilid auf und ist demnach,

---

[1]) Die Syphilis der Schleimhaut der Mund-, Rachen-, Nasen- und Kehlkopfhöhle, bei Ferdinand Enke, Erlangen, 1866.

wie dieses, ein wesentliches, aber keineswegs ebenso charakteristisches und unfehlbares Symptom der perfecten Allgemeininfection.

Die Angina syphilitica acuta erscheint als diffus-entzündliche Röthung und Schwellung der Schleimhaut der Rachengebilde und kann als mässige, erythematöse und intensivere, parenchymatöse Form unterschieden werden.

Vorwiegend ist der weiche Gaumen betroffen. Hier beginnt die Röthe beim Uebergange des harten Gaumens in das Gaumensegel, mit einer dieser Uebergangslinie entsprechenden, nach vorn concaven Begrenzung. Nicht selten auch überschreitet sie nach vorn diese Linie mit einem weniger intensiv rothen, wie verwaschenen Rande. Rothe, circumscripte, der Roseola der allgemeinen Decke analoge Flecke jedoch, wie von manchen Autoren angegeben wird, gibt es nicht.

Von hier angefangen, über das Gaumensegel und die Schleimhaut des Isthmus faucium, sowie über die hinteren Gaumbögen verbreitet, erscheint das Erythem als gleichmässige, intensive, gesättigte Röthe, ganz wie bei der Angina catarrhalis.

Selten persistirt dieser Zustand oder wird er von da ab rückgängig. Meist tritt seröse Exsudation des Epithels und des Schleimhautgewebes ein. Das Epithel erscheint matt, weniger durchsichtig, dadurch das Roth der unterliegenden Blutgefässscheibe gedämpft, wie durch ein angehauchtes Glas. Am freien Rande der vorderen Gaumenbögen, wo die Epithelien ebenso imbibirt und aufgequollen sind, wird ihre Trübung am meisten auffällig.

§. 185. In diesem Zustande können die Gebilde durch Tage, auch mehrere Wochen verharren, um mit Abnahme der anderen Eruptionssymptome, oder auch trotz des Bestandes des Exanthems allmälig sich zurückzubilden. Oder aber die Entzündung steigert sich noch zur parenchymatösen Infiltration der Schleimhaut, so dass das Velum palati nunmehr starr, kaum beweglich, zuweilen ganz gelähmt wird.

Die Tonsillen sind mit entzündet und ragen als harte, derbe, höckerige, hochrothe, mit Streifen von zähem Schleime bedeckte Geschwülste über die Ränder der Gaumenbögen.

Die Follikel nehmen an der allgemeinen Entzündung Theil. Auf dem vorderen Gaumensegel erhebt sich nur hier und dort ein stecknadelkopf-, hirsekorngrosses, krystallhelles Bläschen als Ausdruck des von durchsichtigem Schleim erfüllten und ausgedehnten, geschwellten Follikels, der durch die emporgehobene Epithelialdecke durchschimmert. Auf dem Zäpfchen sind meist mehrere solcher, oft brombeerartig an einander gehäufter Bläschen wahrzunehmen, die am Ende des Zäpfchens eine kolbige Anschwellung bewirken, so dass dann die Uvula die Gestalt einer Biscuit erhält.

Einzelne dieser Follicularbläschen platzen wohl auch und hinterlassen eine kleine Vertiefung, an deren Rändern die Fransen der dehiscirten, hydropischen Epitheldecke noch durch einige Stunden haften, bis sie abgestossen werden.

§. 186. Bei noch weiterer Steigerung der Entzündung kommt es auch zur Entstehung von Geschwüren, welche auf die eben geschilderte Weise aus der Vereiterung einzelner Follikel hervorgehen und

dann seichte, kleine Gruben darstellen; oder meist am Rande der Tonsillarbuchten aus der Suppuration eines geschlossenen Balges, wo dann selbstverständlich ein tieferer Substanzverlust vorliegt. Sie sind weniger durch ihren von zähem Schleim und wenig Eiter bedeckten, meist versteckten Grund, als vielmehr durch die eiterig infiltrirten, aufgelockerten, etwas unterminirten Ränder erkenntlich.

Im höchsten Grade der Entzündung wird ein derbes, infarcirendes Exsudat in die Schleimhaut und das retromucöse Bindegewebe abgelagert, welches unter solchen Umständen sehr oft nekrosirt, oder grösstentheils eiterig schmilzt. So kömmt es zu interstitiellen und submucösen Abscessen, welche die Schleimhaut an einer oder der anderen Stelle durchbrechen, nachdem diese meist in grösserer oder geringerer Ausdehnung unterwühlt und nekrosirt worden.

Die Abscessbildung betrifft in diesem Stadium meist das Gaumensegel.

Die Perforationsöffnung verheilt zumeist, nachdem die nekrotischen Massen abgestossen worden, und auch in weniger günstigen Fällen gelingt es unter einer zweckmässigen chirurgischen Behandlung die Verwachsung des Spaltes durchzusetzen, wenn nur der Substanzverlust nicht zu gross gewesen. Selbst hintere Durchbohrungen des Velum heilen da zumeist, so dass aus dieser Periode der Syphilis nur selten eine Durchbohrung des weichen Gaumens zurückbleiben mag.

Häufig vereitern auch die Tonsillen. Der Verlauf ist ähnlich dem sonstiger Tonsillitides.

Diagnose der Angina syphilitica acuta.

§. 187. Die geschilderten Symptome charakterisiren keineswegs die acute syphilitische Angina in dem Maasse, dass dieselbe ohneweiters als specifisch diagnosticirt werden könnte. Ja, wir möchten sagen, dass es in den meisten Fällen geradezu unmöglich ist, eine derartige Halsentzündung von einer nicht syphilitischen Angina catarrhalis zu unterscheiden und als „syphilitisch“ zu erklären, wenn nicht zu gleicher Zeit ein maculöses oder papulöses Syphilid auf der allgemeinen Decke vorhanden, oder es dem Arzte bekannt ist, dass eine Infection stattgefunden, namentlich eine Primärläsion vorhanden sei, nach welcher der Ausbruch von allgemein syphilitischen Erscheinungen zu gewärtigen wäre.

Dies und die Rücksicht auf den seit geschehener Infection verflossenen Zeitraum (6—8—12 Wochen) kann es ermöglichen, selbst die beginnende catarrhalische Entzündung, ja die blosse Röthung, das Erythem des Gaumens als syphilitisch zu vermuthen und später zu diagnosticiren.

In manchen Fällen allerdings kommen schon frühzeitig auf den Tonsillen und Gaumenbögen jene, den syphilitischen Papeln gleichwerthigen Veränderungen vor, welche im Folgenden geschildert werden sollen und dann allerdings eine sichere Grundlage für die Diagnose abgeben.

Chronische Syphiliserscheinungen der Mund- und Rachenschleimhaut.

§. 188. Die als chronisch zu bezeichnenden Syphilisaffectionen des in Rede stehenden Schleimhauttractes verdienen diese Bezeichnung durch den Umstand, dass sie sowohl zumeist selber ohne lebhafte Begleiterscheinungen und träge entstehen und verlaufen, als auch den späteren und, wie bekannt, chronisch sich gestaltenden Recidiv- und Dauerperioden der Allgemeinsyphilis sich anpassen, — ja dieselben mit charakterisiren, so dass man aus ihrer Gegenwart mit Sicherheit auf ein Spätstadium der Syphilis schliessen kann.

Diese Erscheinungen selber sind viel mannigfacher, in vieler Beziehung bei Weitem intensiver, und fast allesammt viel charakteristischer als die im vorhergehenden Capitel geschilderten acuten Erscheinungen, und ihre Gegenwart allein ist genügend zur Constatirung der Allgemeinsyphilis, nicht anders, als die eines charakteristischen Hautexanthems.

Ihr erstes Erscheinen fällt in der Regel mit dem Zeitpunkte zusammen, da die ersten Symptome der allgemeinen Syphilis, Exanthem und die früher geschilderten anginösen Erscheinungen, sei es in Folge einer Behandlung, oder auch ohne solche, zum grössten Theile vom Schauplatze gewichen sind. Sie tauchen aber auch noch Monate und Jahre später auf, und bestehen auch Monate, Jahre und Jahrzehnte in continuirlicher, oder mehr weniger unterbrochener Reihenfolge.

Sie sind wohl chronisch, nach ihrem Verlaufe. Doch geschieht es häufig genug, dass einzelne derselben mitunter einen Anlauf zur acuten Entwicklung nehmen.

Auch diese Art Affectionen betreffen entweder die Schleimhaut allein, ohne dass gleichzeitig eine specifische Erkrankung auf der allgemeinen Decke vorhanden ist; oder sie entstehen, indem ein auf der Haut schon vorfindliches Exanthem auf dieselbe sich verbreitet; oder endlich dadurch, dass in dem submucösen Gewebe vorfindliche syphilitische Prozesse auf dieselbe übergreifen.

Die hieher gehörigen sehr mannigfachen Formen kommen wohl neben und in Abwechslung mit einander zur Beobachtung. Doch bekunden einzelne Formen eine gewisse Hartnäckigkeit ihrer Art oft durch lange Zeit, in der Weise, dass sie, wenn auch nicht an Ort und Stelle, so doch an anderen Partien gerne in gleichem Charakter sich wiederholen. Sie constituiren verschiedene Symptom-Complexe, die unter besondern Bezeichnungen gruppirt werden können.

Angina syphilitica chronica.

§. 189. Die Angina syphilitica chronica geht zuweilen aus der acuten hervor. Zumeist jedoch machen sich ihre Symptome erst allmählig geltend, nachdem die Haut- und Schleimhautaffectionen der ersten (acuten) Syphilisperiode bereits spontan, oder in Folge einer Behandlung vollständig geschwunden und der Kranke mehrere Wochen, 2—3 Monate sich gänzlich von dem Uebel befreit gewähnt.

Es machen sich zunächst subjective Erscheinungen bemerkbar, schmerzhafte Stiche, Trockenheit im Halse und ähnliche Symptome auch von Seite des Kehlkopfes und der Nasenhöhle.

Bei der Untersuchung präsentirt sich dann zumeist folgendes Bild:

Das Gaumensegel erscheint in nach vorn scharfer Begrenzung lividroth, von stark gefüllten, varicösen Venen netzförmig durchzogen. Die Mandeln wenig vergrössert, höckerig, livid; zwischen den einzelnen Tuberis hier und dort ein gelblichweisser, käseartiger Pfropf, der sich unter leichter Blutung der Umgebung mittels eines stumpfen Instrumentes herausdrücken lässt. Er ist bröckelig-schmierig, riecht ranzig und besteht aus eingedicktem Schleim und Epithel.

Bisweilen erscheint der vordere Gaumenbogen vom freien Rande her nach aussen auf $^1/_2'''$ bis $2'''$ Breite schmutzig-grau infiltrirt, wie sulzig, daneben, an einer circumscripten, erbsen- bis bohnengrossen Stelle das Epithel zu einem grau-missfärbigen Brei aufgelockert, von einem haardünnen, rothen, leicht blutenden Saume begrenzt. Die Tonsille an einem hervorragenden Buckel excoriirt, leicht blutend; oder ein oder mehrere Follikel auf derselben geborsten, von schmutziggrauen, sulzigen, starren, infiltrirten Rändern umgeben, und mit eben so beschaffenem Grunde, ohne lebhafte Röthung der Umgebung.

Selten auch findet sich auf der vorderen Fläche des Gaumensegels, oder am harten Gaumen, in der Raphe oder etwas seitlich, eine flache, linsen- bis erbsengrosse, roth schimmernde, von einem schiefergrauen, nicht scharf markirten, nach aussen wie verwaschenen Hofe umgebene Excoriation, ein flaches Geschwür.

Dieses Bild der chronischen syphilitischen Halsentzündung erhält sich unter häufigem Wechsel der Form, Deutlichkeit und Intensität oft Monate und Jahre hindurch, mag im Uebrigen die Syphilis getilgt sein, oder nicht.

Begleitende Erscheinungen auf der Schleimhaut des Kehlkopfes, des Schlundes und der Nasenhöhle.

§. 190. Zeitweilig participiren auch die angrenzenden und nachbarlichen Schleimhäute an dieser chronischen Entzündung, d. i. die des Kehlkopfes, des Rachens und die Schneider'sche Haut.

Im Kehlkopfe lässt sich bei der genauesten Untersuchung nichts Krankhaftes entdecken, bis auf unbedeutende, bläulich-rothe Injection, ödematöse Schwellung der falschen Stimmbänder und leichten Rosenschimmer der wahren. Dabei leidet der Kranke an Kratzen im Halse, das beim Sprechen, Singen, schnellem Gehen sehr bald und in hartnäckiger Weise sich geltend macht.

An der hinteren Rachenwand sieht man ein reiches Netz von strotzenden, varicösen Venen das Schleimhautfeld durchziehen, dieses bläulich-roth, dabei eben und mit Streifen zähen, gelben, gelblichweissen Schleimes belegt, oder aber durch vergrösserte Balgdrüsen höckerig, drusig.

Häufig auch, und dies namentlich im späteren Verlaufe, ist die hintere Rachenwand trocken, glänzend, wie mit Firniss bestrichen, ein Zustand, der zugleich mit der subjectiven Empfindung der Trockenheit im Halse verbunden ist und namentlich des Morgens, beim Erwachen,

die Kranken belästigt, bis sie durch Räuspern und Trinken die eingetrockneten zähen Schleimmassen loszulösen und zu entfernen vermögen.

Der geschilderte, in der That sehr charakteristische und auf vorausgegangene Syphilis einen Rückschluss gestattende Zustand ist wohl zum grossen Theile auch consecutiv entstanden durch die stete Reizung der Schleimhaut von Seite des aus der Nasenhöhle durch die Choanen abfliessenden Secretes, da deren Schleimhaut in der Regel gleichzeitig von chronischem Katarrh ergriffen ist.

Die Schneider'sche Haut ist geröthet, geschwellt und sondert reichlich zähen Schleim ab, der des Nachts zu übelriechenden, trockenen, zähen und festhaftenden Krusten eintrocknet. Die Kranken klagen fortwährend über „beginnenden" Schnupfen, ohne dass doch die Erscheinungen zu denen einer acuten Coryza sich steigern, und über Verstopftsein der Nase.

An der Stelle, wo die häutige Nasenscheidewand mit dem viereckigen Knorpel zusammenstösst, bildet der letztere nach der einen Nasenhöhle einen Vorsprung mit einer vor diesem liegenden Furche. Hier und über der Prominenz des Knorpels erscheint bisweilen durch lange Zeit, Monate und Jahre hindurch die Schleimhaut hochroth und in fast scharfer Begrenzung, dem vorspringenden Knorpel entsprechend, oberflächlich excoriirt, eine wasserhelle, wenig klebrige Flüssigkeit in belästigender Menge secernirend. Dieser Zustand beunruhigt nebstbei den Kranken sehr. Er befürchtet immerfort, dass die Nasenscheidewand hier werde durchbohrt werden. Die Affection ist auch in der That sehr lästig und namentlich zur Winterszeit kaum zu beheben.

Psoriasis mucosae oris et linguae[1]) (Plâques opalines, Milchflecke, Leukoplakia buccalis, Schwimmer).

§. 191. Die unter den obigen Bezeichnungen und noch unter anderen, weniger zutreffenden Namen, wie Ichthyosis linguae u. a. bekannte Affection der Mundschleimhaut ist von mir in der früher erwähnten Monographie (1866) ausführlich beschrieben worden und in einer Weise, dass der jüngste Autor über diesen Gegenstand, Schwimmer, meine sachliche Darstellung von damals nur zu bestätigen in der Lage war. Ich darf daher auch heute noch bezüglich dieses wichtigen Gegenstandes auf meine damalige Arbeit mich stützen.

Die genannte Affection bietet sehr auffällige Erscheinungen dar und ist von mir als ausschliessliches Symptom der, sei es noch bestehenden oder der vorausgegangenen Syphilis angesehen und hinge-

[1]) Der Name Psoriasis für diese Erkrankungsform hat eben so wenig innere Berechtigung, wie der gleiche für die syphilitische Affection der Flachhand und Fusssohle (Psoriasis palmaris et plantaris) — er ist ein rein conventioneller. Jedenfalls ist der althergebrachte „Plâques opalines" der Franzosen, wie der etymologisch gleichwerthige „Leukoplakia buccalis" von Schwimmer bezeichnender. In demselben Maasse aber, als der letztere Autor und ihm Gleichgesinnte diese Affection auch auf Nichtsyphilis beziehen, bin ich mehr geneigt, den Namen Psoriasis muc. oris für die zweifellos von Syphilis herrührende Affection zu reserviren. Siehe nebst meiner citirten Monographie der Syphilis der Schleimhaut noch die Taf. LXVIII. u. LXIX. meines illustrirten Werkes über Syphilis der Haut und Schleimhaut.

stellt worden. Andere (Seegen, Schwimmer u. A.) sind zwar anderer Meinung, wie dies noch später näher erörtert werden soll. Allein dass sie jedenfalls doch auch der Syphilis angehörte, wird auch von solchen Autoren nicht in Abrede gestellt. Meine ursprüngliche Meinung muss ich auch heute aufrecht halten und ich werde später angeben, in wie weit dieselbe doch derjenigen der anderen Autoren sich zuneigt.

Die Symptome dieser Affection sind verschieden, je nach der anatomischen Beschaffenheit der betroffenen Schleimhautpartie, anders auf der Wange und auf der Zunge.

Psoriasis buccalis (Psoriasis der Wangenschleimhaut).

Symptome und Verlauf.

§. 192. Auf der Schleimhaut der Wange, der Ober- und Unterlippe, dem Roth der Lippe selbst, zuweilen auch auf dem harten Gaumen präsentiren sich zerstreut, inselförmig, einzeln oder mehrfach runde, rundliche, ovale, dreieckige, unregelmässige, stecknadelkopf-, linsen-, erbsen-, kreuzergrosse und grössere Flecke, welche vor Allem durch ihr opalines, milchfarbiges, einer frischen Lapisschorfe ähnliches Aussehen ins Auge fallen.

Bei näherer Betrachtung findet man: ein opaliner Fleck auf der Innenseite der Wange, in der Mitte etwas hervorgewölbt, gegen die Ränder zu abfallend, scharf begrenzt, von einem haarschmalen, hochrothen Saume umfasst, der ganzen Ausdehnung nach seiner Schleimhautunterlage fest anhaftend. — Oder: ein so farbiger Fleck, in der Mitte weiss, an den Rändern nach einer oder zwei entgegengesetzten Richtungen in grauweissen Streifen ausgezogen. — Ein andermal: ein rother, glänzender, rundlicher Fleck, umgeben von einem wie verwaschenen, milchigen Hofe. — Zuweilen eine dreieckige Fläche, deren Basis roth und vollkommen rein erscheint, während ihre zur abgerundeten Spitze sich vereinigenden Seitenränder von einer wallartigen, auf sich selbst wiekenartig eingerollten, trübe-opalinen Masse gebildet werden. — Manchmal sieht man eine mattgraue Fläche, das Grau an zahlreichen Pünktchen wie angestochen, oder fein angehackt. — Oder eine ganze solche Fläche erscheint grau marmorirt; oder zwei bis drei concentrische, an den Rändern verwaschene, wie angehauchte, wolkig graue Kreise darstellend. — Auf dem Roth der Unterlippe bisweilen ein glänzend rother, ovaler Fleck von der Grösse einer Linse, eines Pfennigs, ringsum von einem in dessen unmittelbarer Nähe blassrosigen, mehr nach aussen trübe-grauen Hofe umgeben.

§. 193. Diese variablen Bilder gehören einem und demselben Vorgange an.

Wie die klinischen Beobachtungen und die histologischen Untersuchungen (von mir, Nedopil, Schwimmer-Babesiu) lehren, entstehen zunächst über einer in circumscripter Ausdehnung entzündeten Stelle der Schleimhaut Hyperplasie und Auflockerung des Epithellagers. Dieses erscheint dann als der originäre graue Plaque. Die Epithelzellen werden trübe, milchig, opak; und um so mehr, als sie

dem macerirenden Einflusse der verschiedenen Säfte der Mundschleimhaut und der Ingesta ausgesetzt sind.

Weiters wird das trübe, gelockerte Epithel in Streifen, in Platten von dem Centrum abgehoben, und dann liegt hier das Papillarstratum zu Tage, als rother, glänzender, wie excoriirt aussehender Fleck, der zwar gegen die graue, trübe Epithelumgebung etwas vertieft erscheint, weil diese selbst über das Niveau aufgequollen ist; in Wirklichkeit aber sind die Papillen selbst vergrössert, über die Ebene der Schleimhaut erhaben.

Der Verlauf ist ausgesprochen chronisch im Einzelnen wie im Ganzen. Das heisst, nicht blos die einzelnen Psoriasisflecke machen ihren Gang langsam durch, sondern auch die ganze Krankheit charakterisirt sich insoferne als chronische, als durch lange Zeit, durch Monate und Jahre, mit grösseren oder geringeren Intervallen, die Plaques gerne wiederkehren, da schwinden, dort auftauchen.

Die im Augenblicke nicht betroffenen Schleimhautstellen der Wangen und Lippen bleiben während des Vorganges vollständig normal.

Die afficirten Stellen bereiten dem Kranken, so lange sie von der getrübten Epithelschwarte bedeckt sind, das Gefühl von Gêne. Wenn jedoch die Papillen ganz oder auch nur theilweise blos zu Tage liegen, so klagen die Kranken meist über nicht unbedeutenden Schmerz, der beim Kauen, Sprechen, Rauchen sich unangenehm steigert, und den sie meist sehr gut zu localisiren wissen.

Psoriasis linguae (Psoriasis der Zungenschleimhaut).

Symptome und Verlauf.

§. 194. Gleichzeitig mit den beschriebenen Vorkommnissen auf der Wangen- und Lippenschleimhaut tauchen solche auch auf der Zungenschleimhaut auf, jedoch unter einem etwas anderen Bilde.

Die von dieser Erkrankung befallene Zunge sieht schmutziggrau, zottig aus. Ihre ganze Oberfläche ist mit dichtgepflanzten, $1\frac{1}{2}'''$ bis $2'''$ in die Höhe ragenden, faden-, haar- und pinselförmigen Gebilden besetzt. Mitten drin liegen, da und dort, rundliche, runde, unregelmässig geformte Flecke, auf denen jene fadenförmigen Gewächse fehlen, und deren Oberfläche im Gegentheil glatt, wie rasirt, erscheint. Ueberdies ziehen der Mittellinie der Zungenoberfläche entlang, sowie parallel zu jener, in einiger Entfernung von den Zungenrändern, seichte, etwas geschlängelte Furchen, während andere solche in querer Richtung von den Seitenrändern der Zunge gegen die Mitte verlaufen.

Jene fadenförmigen Wucherungen haben ein schmutzig graulichweisses, vergilbtes Ansehen. Die erwähnten kahlen Flecke erscheinen in blassem Rosa. Die Ränder der Furchen aber sind hier und dort roth, blutend, blutig suffundirt, gelb, schmutzig-gelb, infiltrirt oder grau belegt, und lassen dort, wo sie weit genug auseinanderweichen, wie über der Mitte der Zunge, den eben so beschaffenen Grund der Furche erblicken.

Dazu noch erscheint die ganze Zungenoberfläche von einem zähen, schmierigen, schmutzig-weissen, wie staubigen Schleim überzogen.

§. 195. Man erräth und erkennt leicht, dass jene faden- und pinselförmig emporragenden Gebilde nichts Anderes sind, als die abnorm verlängerten Papillae filiformes.

Ihre Verlängerung fällt zumeist auf die dachziegelförmig über einander gelagerten Epithelien, welche die Papillen schon im Normalzustande fadenförmig überragen, und nun trübe, aufgequollen, zum Theil macerirt, gegenseitig theilweise losgetrennt, zerfasert sind.

Diese abnorm gesteigerte Epithelanhäufung und Abstossung hat auch hier ihre Quelle in einer chronischen Entzündung der Papillen, welche denn auch in der That geschwellt, in Breite und Höhe vergrössert erscheinen.

Die graue, zähe, wie bestäubte Masse, mit welcher die Zungenoberfläche bedeckt erscheint, besteht, nebst Schleim, aus Detritus von Epithelialzellen und aus beigemengten Mycelien.

Die eben beschriebenen Zustände präsentiren sich auf der gesammten Zungenoberfläche, so weit es auf ihr Papillen gibt; demnach bis zu den Papillis vallatis, welche auch selbst meist geschwellt, vergrössert, zuweilen excoriirt erscheinen.

Hinter den Papillis vallatis, wo es bekanntlich keine Papillen mehr gibt, pflegt auch zu gleicher Zeit das Epithel in grossen Fetzen sich abzulösen, und man entdeckt da grössere oder geringere excoriirte Stellen. Diese Erscheinung ist das Resultat der Schwellung der Balgdrüsen, welche über sich die Schleimhaut emporwölben und deren Epithelbelag zur Berstung und Abstossung bringen.

In sehr vielen Fällen jedoch betrifft die psoriatische Affection nicht einzelne Papillengruppen, sondern sie ist allgemein. Dann aber gedeihen auch nicht sonderlich die eben besprochenen auffallenden Erscheinungen, sondern es nimmt gewissermassen die Intensität des Prozesses auf Kosten der Extensität ab. Das ganze Papillarstratum der Zungenschleimhaut ist in gleichmässiger Weise und zu gleicher Zeit afficirt. Alle Papillen befinden sich in einem fortgesetzten Infiltrations- und Congestionszustande, ihr Epithel in fortwährender theilweiser Trübung, Auflockerung, Abstossung.

Es erscheinen dann auf der Zunge, namentlich in breiten Reihen längs den beiden Zungenrändern hin, die Papillae fungiformes ihres Epithels ganz oder theilweise beraubt, als stecknadelkopfgrosse, hochrothe, punktirte, den einzelnen Fruchtknoten einer Erdbeere vergleichbare Knötchen, die von den sie umgebenden, mit trübem Epithel bedeckten Papillis filiformibus durch intensive Röthe und champignonähnliche Gestalt auffallend abstechen.

Eben so sind an den Zungenrändern die Resultate der Epithelialerweichung und Auflockerung oft in überraschender Form ausgeprägt. Der Zungenrand trägt nämlich 3—4—5 Facetten, die Zungenspitze häufig auch eine solche, von rundlich-eckiger Gestalt, deren Kanten oder Flächen da und dort excoriirt sind. Jene Facetten sind der Ab- und Eindruck der entsprechenden Zahnflächen und Zahnkanten in die erweichte Epithelmasse, sowie die Excoriationen die Folge der weiteren Abstossung der Epithelien darstellen.

Der Prozess der Epithelentartung greift nicht selten auch auf die untere Fläche der Zunge über, welche gerade in der Mitte eine grau marmorirte Stelle trägt, oder eine Excoriation, oder eine Com-

bination beider, oder ringsumlaufende graue Zacken mit, den Zahneindrücken entsprechenden, rothen Schleimhautintervallen.

Keratosis mucosae oris et linguae.

§. 196. Aus diesen Veränderungen geht, indem sie durch Jahre hindurch sich wiederholen, da kommen, dort gehen, ein Zustand hervor, den ich als Keratosis membranae mucosae oris et linguae bezeichnet habe.

Es ist bekannt, dass in excessiven Fällen der Psoriasis syphilitica der Handteller und Fusssohlen die angesammelten Epidermisschuppen so dick und hart werden, dass sie sich nicht abbröckeln, sondern mit der Zeit eine mehr weniger continuirliche, hornartige, von Brüchen und Rissen mannigfach durchsetzte Kruste, Schuppe, Schild bilden, und auf diese Weise die sogen. Psoriasis cornea formiren.

Solche Verhornung der Epidermoidalgebilde der Schleimhaut, des Epithels, bildet sich nun mit der Zeit auch auf der so afficirten Wange und Zunge aus. Es entstehen hiebei streifige, runde, viereckige, mehrere Centimeter lange, dicke, weisslich-graue Schwarten von trübem Epithel, welche auf einer, auf beiden Wangeninnenflächen von vorn nach hinten bandartig ziehen, oder die hintere Lippenfläche bedecken, oder auf dem Zungenrücken ganze Schilder formiren, deren einzelne Felder theils durch unregelmässig verlaufende Risse und Sprünge, theils durch Massengruppen jener fadenförmigen Epithelwucherungen, oder kahle Flächen, wie wir deren unter dem Kapitel Psoriasis linguae beschrieben haben, getrennt und unterbrochen werden.

Die Rhagaden reichen oft ungewöhnlich tief, bis in das Corium, und noch tiefer, mit eitrigen, geschwürigen, oder blutenden, oder blutig suffundirten Rändern. Dieselben entstehen mechanisch, indem die schwartige Epithelschichte nicht elastisch genug ist, um den verschiedenen Bewegungen der Zunge sich anzuschmiegen und demnach unter diesen einreisst.

Endlich bekommt die Zungenoberfläche streckenweise und oft in Gänze eine sehnig-glänzende, glatte Oberfläche, auf welcher von papillären Bildungen keine Spur mehr zu sehen; ja sie erscheint streckenweise verschrumpft. Zuweilen finden sich ein und mehrere cystenartige, bis erbsengrosse, eine atheromartige Masse einschliessende und durch die sehnige Epitheldecke gelblich durchscheinende Gebilde am Zungenrande, welche aus Follikeln hervorgegangen sind.

Subjectiv veranlasst der geschilderte Zustand nicht mehr Belästigung, als der niedrigere Grad des Uebels, indem eben nur bei Gegenwart von Rhagaden Schmerz empfunden wird. Die Geschmacksempfindung habe ich dabei stets intact gefunden, was bei der Mächtigkeit der Epithelschwarte und der Schrumpfung der Papillen kaum vorausgesetzt werden könnte.

Prognose der Psoriasis mucosae oris et linguae.

§. 197. Wie aus der vorgehenden Schilderung der Entwicklung und des Verlaufes zu entnehmen, ist die Prognose des in Rede stehenden Uebels keineswegs sehr günstig. Zunächst was den spontanen

Verlauf der Affection anlangt. Denn dasselbe pflegt zwar in vielen Fällen sich auf wenige discrete und rasch verschwindende Plaques zu beschränken, auf zeitweilige spärliche und ebenfalls gänzlich sich rückbildende Nachschübe, so dass also bei vielen Kranken der Prozess damit für immer sein Ende erreicht hat. Allein es ist nicht vorherzusagen, ob selbst in so günstig verlaufenden Fällen nicht doch Recidiven der Plaques erfolgen; und kämen solche auch nur in der mildesten, discreten Form, so ist es doch ein höchst lästiger Zustand, wenn auch nur so geringfügige Vorkommnisse viele Jahre hindurch, unter nicht zu bestimmenden Dispostitionsmomenten hartnäckig, und auch nur von Zeit zu Zeit auftauchen, da sie erfahrungsgemäss nur bei wenigen Kranken auf die ersten Monate nach Ablauf der ersten Syphilisperiode sich beschränken oder gar gänzlich ausbleiben.

Im Allgemeinen kann man, insolange überhaupt noch Recidiven der Syphilis, namentlich sub forma von papulo-pustulösen Eruptionen sich einstellen, auch auf Nachschübe von Plaques opalines gefasst sein.

Aber auch das Persistiren der Krankheit und ihre Steigerung bis zu dem Grade der Keratosis, selbst nach Erlöschen der evidenten Syphilissymptome, ist in einer viel grösseren Zahl von Fällen zu beobachten, als dies allgemein angegeben wird. Ich glaube, nach meinen ziemlich umfangreichen Erfahrungen in dieser Richtung, bei 15 % bis 20 % der Syphilitischen die Persistenz der Affection und ihre Entwicklung zur Keratosis, aber in beschränkter Localisation (Wange, Lippe, einen Theil der Zunge), und bei 5—10 % bis zu universeller Keratosis der Schleimhaut annehmen zu dürfen.

Bei männlichen Individuen und Gewohnheitsrauchern ist ein hartnäckiger Bestand und eine grössere Intensität des Uebels zu beobachten. Bei weiblichen Kranken kommt es zwar zweifellos und ganz charakteristisch, aber kaum in 3—4 % aller Fälle überhaupt zur Beobachtung.

Directe Folgen der Psoriasis und Keratosis mucosae oris.

§. 198. Die Vorhersage muss auch noch rücksichtlich der directen Folgen der Psoriasis mucosae oris besprochen werden. Wir sowohl, wie viele andere Autoren haben constatiren können, dass aus den geschilderten Epithelschwarten sich ein meist im späteren Verlaufe deletäres Epithelialcarcinom entwickeln kann. Ich habe dies geradezu relativ häufig gesehen und werde es in einer besonderen Arbeit des Genaueren darthun. Wie ich in einer den Gegenstand betreffenden gelegentlichen Discussion [1]) hervorgehoben habe, ist es nicht etwa eine eigentliche Syphilisproduction, die sich hier in Carcinom umwandelt, und ist auch die syphilitische Diathese an und für sich kein disponirendes Moment für Carcinom, da ja jene um die Periode der Entwicklung dieser excessiven Keratosisformen in der Regel als erloschen gelten kann. Es ist vielmehr hier, wie an anderen Orten und unter anderen pathologischen Verhältnissen (Warzen, granulirende Wunden) lediglich das proliferirende Epithel, welches den Ausgangspunkt für atypische Epithelzapfenbildung und damit für Carcinom abgibt.

[1]) Anz. der k. k. Ges. d. Aerzte, Wien, Nr. 25, 1874.

Dennoch haben wir theils bei noch bestehender, theils nach längst erloschener Allgemeinsyphilis unter andauernder eigener Beobachtung wiederholt aus den genannten Formationen Krebs hervorgehen sehen auf den Wangen, Lippen und auf der Zunge.

Es ist demnach, obgleich die meisten Kranken den Zustand 20 bis 30 Jahre und darüber ohne Gefahr ertragen, dennoch eine hochgradige und in reger Wandlung begriffene Keratosis mucosae mit Rücksicht auf die Gefahr der carcinomatösen Umwandlung keineswegs gleichgiltig zu nehmen.

Da aber wohl spontane zeitweilige Besserung, keineswegs aber vollständige Rückbildung der Keratosisform der Psoriasis oris zu erwarten ist, so wäre noch in prognostischer Beziehung zu erörtern, inwiefern die Therapie auf den Verlauf des Uebels und die Verhütung einer krebsigen Entartung desselben von Einfluss sein könnte.

In diesem Punkte differirt meine Meinung auf Grund einer geradezu beträchtlichen Erfahrung von der vieler Fachcollegen, namentlich aber der Chirurgen, und zwar wahrscheinlich aus dem Grunde, weil Letztere vorwiegend bereits vorgeschrittene und eben krebsverdächtige Formen zu sehen bekommen, wir aber überaus häufig die Erkrankungen von ihren ersten Anfängen bis zu den vorgeschrittensten Formen, und so auch entsprechend häufig bis zur carcinomatösen Entartung an ein und demselben Kranken zu verfolgen Gelegenheit hatten.

Auf Grund solcher Beobachtungen nun hege ich die Ueberzeugung, dass die Psoriasis mucosae oris sich unter einer zweckentsprechenden Behandlung günstig gestalten und die Gefahr einer Krebsentwicklung hintangehalten werden kann.

Anatomie der Psoriasis der Mundschleimhaut.

§. 199. Meinen Angaben aus dem Jahre 1866 entsprechend, sowie aus den späteren und genaueren Untersuchungen von Nedopil und Schwimmer-Babesiu (denn ich betrachte auch die Fälle der Letzteren grösstentheils als syphilitischen Ursprungs) liegt dem geschilderten Prozesse eine chronische Entzündung des Schleimhautcoriums und zwar zunächst ihrer Papillarschichte zu Grunde und entsprechen die klinischen Erscheinungen den jeweiligen Stadien eben jener Entzündung. In den Anfangsstadien der Erkrankung circumscripte, der syphilitischen (papulösen) Entzündung entsprechende Hyperämie und Zelleninfiltration, als deren Consequenz entsprechend Aufquellen, auch Proliferation, aber sofort auch Trübung und Abhebung der Epitheldecke (frische Plaques opalines). Im vorgerückten Stadium diffuse Entzündung, histologisch durch herdweise, namentlich dem Gefässverlaufe folgende Zelleninfiltration im Corium, Wucherung der Retezellen, Verdickung der Rete- und Hornzellenschichte gekennzeichnet. Im noch mehr vorgerückten Stadium, neben den Zellinfiltrationen, Sclerosirung des Schleimhautbindegewebes, Compression der Gefässe, Verdickung ihrer Adventitia, Pigmenteinlagerung, Verschmächtigung der Reteschichte, mächtigere Aufhäufung der verhornenden noch kernhaltigen, aber im Protoplasma körnig-trüben, in Carmin sich nicht gut färbenden Zellen, sowie des bereits verhornten Epidermisstratums.

Beziehung der Psoriasis mucosae oris et linguae zur Syphilis (Nosologische Bedeutung).

§. 200. Aus der vorausgeschickten Schilderung der klinischen und histologischen Verhältnisse der Psoriasis mucosae oris entwickelt sich nothgedrungen die Frage nach der Beziehung der Psoriasis mucosae oris zur Syphilis. Diese Frage ist von grosser pathologischer und praktischer Wichtigkeit, aber keineswegs leicht in Kürze zu beantworten. Die Meinungen über diesen Punkt sind auch so vielfach getheilt, dass ihre Divergenz heutzutage kaum ausgeglichen werden könnte.

Auf keinen Fall kann zunächst der Versuch als ein glücklicher bezeichnet werden, den Schwimmer-Babesiu gemacht haben, auf Grund des früher geschilderten histologischen Befundes eine Differenz gegenüber syphilitischen Entzündungsformen (Papeln) herauszufinden und die nicht syphilitische Natur der von Schwimmer beschriebenen so genannten „idiopathischen Schleimhautplaques“ zu motiviren; denn thatsächlich stimmt das histologische Verhalten der von diesen Autoren untersuchten Schleimhautplaques wesentlich mit dem von mir und Nedopil überein; und überdies ist seit Virchow's bezüglichem Ausspruche es auch den meisten Untersuchern klar geworden, dass das histologische Verhalten für den syphilitischen oder nicht syphilitischen Charakter eines pathologischen Produktes von keinerlei Entscheidung ist. Vielmehr gilt dies nur von der „Geschichte“ des Produktes, d. i. von seinen klinischen Eigenschaften.

§. 201. Die klinische Beobachtung lehrt aber Folgendes:

Vor Allem entstehen bei den meisten Kranken zur Zeit der Florition exquisit syphilitischer Frühformen, d. i. papulöser Exantheme, die geschilderten linsen- bis pfenniggrossen, discreten Plaques auf der Lippe, Wangenschleimhaut, der Zunge, welche binnen wenigen Tagen jene früher beschriebenen Wandlungen der Trübung, Quellung, Losschiebung und Restitution ihrer Epitheldecke durchmachen. Dass diese Formen der Syphilis als solcher angehören, kann nicht bezweifelt werden. Nicht nur ihr regelmässiges und zeitliches Zusammentreffen mit den anderen Syphiliserscheinungen spricht dafür, sondern noch besonders der organische Zusammenhang einzelner marginal stehender solcher Plaques mit Papeln der Cutis, indem z. B. die eine Hälfte einer solchen über den Lippensaum hinweg auf der Cutis sitzt sub forma einer charakteristischen Papel, während die der Schleimhaut angehörige innere Hälfte der Efflorescenz den Plaque opaline trägt. Auch habe ich bei Abgang jedweder anderen als Syphilis erkennbaren Erscheinung, im zweiten Jahre nach der Infection, von einem solchen acut aufgetretenen Lippenplaque Ansteckung eines zweiten Individuums erfolgen gesehen. Es weichen diese Formen auch unmittelbar unter dem Einflusse einer antisyphilitischen Behandlung. Es ist also, dies Alles zusammengehalten, an dem inneren Zusammenhang solcher Plaques mit der syphilitischen Allgemeinerkrankung nicht zu zweifeln.

§. 202. Nun sehen wir aber weiters bei vielen Kranken nach einer gewissen Frist, im zweiten, dritten Jahre nach der Infection,

theils an Stellen, die früher wiederholt, aber stets vorübergehend von Plaques besetzt waren, theils dort, wo solche Plaques nicht gerade mit Bestimmtheit gesehen worden, allmälig die als exquisite opaline Flecke erscheinende silbergraue Färbung, Verdickung und schwartige Auflagerung, und endlich die Keratosis mit der Tendenz zur Rhagadenbildung u. s. w. sich herausbilden. Es ist also auch an dem organischen Zusammenhange dieser Spätformen mit den Frühformen, somit auch mit der Syphilis nicht zu zweifeln.

Ich sehe also jede solche Keratosis mucosae von dem geschilderten Charakter als eine Folge vorausgegangener Syphilis an; ich diagnosticire so seit Jahren und ich erinnere mich nicht, in den gewiss über 400 einschlägigen Fällen meiner Beobachtung, in welchen ich auf Grund eines solchen Befundes dem Patienten erklärte, dass er syphilitisch gewesen sei, auch nur ein einzigesmal desavouirt worden zu sein.

§. 203. Dabei waltet aber ein Moment ob, das für mich eine Verlegenheit ist, indem ich dasselbe nicht anders als hypothetisch zu deuten, aber keineswegs zu erklären vermag. Ich muss nämlich die Spätformen zwar als Folge von Syphilis ansehen, aber ich muss auch annehmen, dass sie nicht mehr die Bedeutung von eigentlichen Syphilisproductionen haben; denn sie sind gewiss nicht mehr ansteckend und sie werden von antisyphilitischer Therapie nicht im Mindesten beeinflusst. Und ich habe in dieser Richtung zahlreiche Proben.

Ich muss sie für rein örtliche Productionen entzündlicher Keratosis halten, welche durch den früheren Syphilisprozess eingeleitet worden, aber nach Erlöschen des letzteren als selbständiges Uebel fortbestehen; ähnlich wie auf der Basis einer längst erloschenen Psoriasis palmaris, noch häufiger plantaris, eine mächtige und kaum zu tilgende Tylosis sich entwickelt, die nach Heilung der specifischen Infiltration jahrelang, oft für immer sich forterhält.

Diagnose der Psoriasis mucosae oris et linguae.

§. 204. Die Frühformen der Affection von ähnlichen Bildungen, wie Aphthen und Soor, zu unterscheiden, fällt in der Regel nicht schwer. Man wird ja auf keinen Fall jede vereinzelte circumscripte Epitheltrübung der Mundschleimhaut sofort für Plaque opaline erklären, sondern das ganze Krankheitsbild, wie es geschildert worden, sich gegenwärtig halten.

Bei anämischen und an chronischem Gastricismus leidenden Personen kommen vereinzelte Follikulargeschwüre auf der Wangen- und Lippenschleimhaut vor, oft in hartnäckiger chronischer Wiederkehr, die einen flach vertieften grauen Grund und intensiv-rothen weiten Entzündungshalo zeigen, sehr schmerzhaft sind und mit Syphilis nichts gemein haben.

Auch ein durch Hyperästhesie belästigender, chronisch andauernder Zustand der Zunge, eine Art Glossalgie oder Glossoneurosis, ist zu erwähnen, bei welchem dieselbe an der Oberfläche und den Rändern feindrusig, roth, rissig erscheint, durch Schwellung der Papillen und Abstossung ihres Epithels und zeitweilig selbst linsengrosse, rothe, glatte, durch

Verlust des Oberflächenepithels bedingte Flecke auf dem Zungenrücken sich vorfinden — also ein Krankheitsbild, das dem früher geschilderten sehr ähnlich ist. In chronischer Dauer ist der Zustand sehr belästigend in Folge Hyperästhesie, Stechen wie mit Nadeln, Brennen, Empfindung des Verbrühtseins, und habe ich denselben sehr oft bei hysterischen Frauen und Männern, zuweilen bei constatirbaren gastrischen Zuständen vorgefunden, während die betreffenden Kranken wegen der erwähnten subjectiven Empfindungen ärztlichen Rath holten. Aber aus diesen Formen entwickelt sich nie die typische Tylosis, eben so wenig, wie aus den analogen Formen, die während und nach acuten fieberhaften Krankheiten, Scharlach, Masern auftreten.

Dass es graue Trübungen und Verdickungen des Epithels der Wangen- und Zungenschleimhaut auch unter anderen Umständen gibt, bei Rauchern an den Lippen und nach innen von den Mundwinkeln, bei anämischen jugendlichen Individuen oft im Bereiche der Wangenschleimhaut, in Form einer fortwährenden punktförmigen Trübung und Ablösung des Epithels, dass es wie mit der Häckelnadel aufgezupft scheint; dass, wie Seegen mitgetheilt, bei Diabetikern, wie Schwimmer und Andere berichten, bei an chronischer Indigestion Leidenden solche Epithelschwielen vorkommen; dass entsprechend dem continuirlichen Drucke von Seite eines Zahnstumpfes, einer Denture, circumscripte glatte und warzige Epithelschwielen entstehen; dass ringsum von Cancroidherden der Zunge, der Lippe, der Wangenschleimhaut das Epithel grau, verdickt, dabei glatt oder dicht-warzig erscheint, dies Alles weiss ich und gebe ich zu. Allein ich habe auch nie solche mit den von Syphilis herrührenden verwechselt. Denn sie sind nicht so charakterisirt. Wohl aber will ich gestehen, dass ich dubiöse Formen oft gesehen habe, die eben nicht zu diagnosticiren waren.

Formen aber der Schwielenbildung, besonders der Zunge, wie sie in meinem illustrirten Syphiliswerke und in anderen abgebildet sind (Ricord, Cullerier, Zeissl u. A.) und so schön und noch schöner in Schwimmer's Aufsatz abgebildet erscheinen, kann ich durchaus nicht, wie dieser Autor, auf Gastricismen zurückführen. Man muss nur durch die falsche Anamnese der Kranken sich nicht beirren lassen.

Ich habe auch bei einzelnen an Psoriasis vulgaris universalis leidenden Kranken Keratosis mucosae oris gesehen und dann stets geglaubt, einen Beleg in ihnen gefunden zu haben für die Behauptung mancher, namentlich französischer Autoren, dass die genannte Veränderung auf der Mundschleimhaut ein Analogon derjenigen auf der allgemeinen Decke, demnach eine Psoriasis vulgaris der Schleimhaut vorstelle. Allein jedesmal hat es sich bei näherer Prüfung herausgestellt, dass die Affection syphilitischen Ursprunges war.

Papeln der Mundschleimhaut.

§. 205. Die Papeln der Schleimhaut stellen derbe, drusig-warzige Hervorragungen vor, wenn sie aus normalen Papillen hervorgegangen, oder haben eine runde, rundliche, konische oder unregelmässige längliche Knötchengestalt, wenn sie durch Infiltration und Wucherung eines oder mehrerer Follikel entstanden sind.

Auf dem Rücken der Zunge stellen sie vereinzelte oder in Grup-

pen stehende, rundliche, flach erhabene Höckerchen mit drusig-unebener Oberfläche dar, auf welcher zumeist das Epithel abgängig ist. So erscheinen sie meist excoriirt, bluten leicht, und zwischen den einzelnen Tuberis der Wucherung mit mehr weniger tiefen, blutenden, oder geschwürig belegten Rissen.

Manchmal kommt es zu lebhafter Wucherung und Ausbreitung in der Peripherie, während die centrale Partie geschwürig nekrosirt.

Der Zungenrücken in seiner ganzen Ausdehnung, von der Papillis vallatis an, die über ihre normale Marke oft beträchtlich nach hinten wuchern, bis nahe zur Zungenspitze, und 3—4 Mm. gegen die Zungenränder, ist von einer höckerigen, blumenkohlartigen Wucherung bedeckt, deren einzelne rundliche und flachkolbige Höcker durch tiefere und seichtere, mit blutenden oder suffundirten und eiterig infiltrirten Rändern versehene Rhagaden zerklüftet, und durch hier und dort zerstreute runde, rundliche, unregelmässige, seichtere und tiefere Gruben, Geschwüre von graugelbem oder blutendem Grunde unterbrochen erscheinen.

Ganz ähnliche Gebilde sind in einzelnen Fällen auf der Innenseite der Wangen, nahe der Mundspalte, und manchmal auf dem harten Gaumen, ausgehend von den hinter den oberen Schneidezähnen gelagerten Papillen, zu beobachten.

Auf der papillenarmen aber ungemein follikelreichen Schleimhaut des Gaumensegels, der Gaumenbögen und der Tonsillen entwickeln sich die Papeln auf follikulärer Basis.

Sie stellen linsen- bis erbsengrosse, flach-convexe, im Centrum erhabene, meist scharf umschriebene, milchweisse, oder grauliche, wie aufgetropfte Hügelchen dar, die zumeist isolirt stehen, zuweilen zu mehreren an einander sich reihen.

Die isolirt stehenden sind auf dem Gaumensegel und der Schleimhaut der Tonsillen am häufigsten; während auf den Gaumenbögen die Papeln häufig so nahe an einander sich drängen, dass der ganze Gaumenbogenrand zuweilen von ihnen eingesäumt erscheint. Ebenso confluiren sie nicht selten auf den Tonsillen.

Ihre graue, hyperplastische und getrübte Epitheldecke haftet ziemlich fest an ihrer Unterlage, löst sich aber auch da und dort zeitweilig los und hinterlässt eine excoriirte, rothe, feinkörnige, rundliche Wucherung, die konisch über das Schleimhautniveau emporragt.

Doch habe ich auch in sehr seltenen Fällen bei an allgemeiner Syphilis leidenden Personen, neben anderen charakteristischen Vorkommnissen, auf dem Velum Palati mit einem mehr dünnen, flach gedrückten Stiele aufsitzende Wucherungen gesehen, die in der Höhe von 5—10 Mm. fächer- oder hahnenkammartig sich ausbreiteten. Sie persistirten Jahre hindurch unverändert.

§. 206. Die im Bereiche des Kehlkopfes, auf der Schleimhaut der Ligamenta ary-epiglottidea und an anderen Punkten, über den Wrisbergischen und Santorinischen Knorpeln vorkommenden Papeln sind von gleicher Art und Erscheinung, wie die beschriebenen.

Die Papeln am Kehldeckel stellen am Rande des letzteren kleine, mohn-hirsekorn, selten darüber grosse, flach-erhabene Knötchen von graulich-weisser, glänzender, fein-drusiger Oberfläche dar. Dasselbe

Ansehen gewähren die den Papeln entsprechenden und für solche angesehenen, ebenso grossen oder etwas grösseren Hügelchen und Protuberanzen, welche zu eins, oder zu zwei und drei am freien Rande eines oder des anderen wahren Stimmbandes mittels des Kehlkopfspiegels entdeckt werden.

Diese papelartigen kleinen Tuberkel der wahren Stimmbänder zeigen geringe Neigung zur Ulceration und persistiren im Gegentheil oft Monate hindurch, den Kranken durch Heiserkeit und vollständige Aphonie belästigend. Zuweilen jedoch beginnt auch an ihnen eine oberflächliche Ulceration, welche die Stimmbänder von ihrem Rande her sodann wie ausgenagt erscheinen lässt.

§. 207. Im Cavum pharyngo-nasale sind in seltenen Fällen auf der hinteren Wand des Gaumensegels und des Zäpfchens „Schleimpapeln" von Türck[1]) gesehen worden. An den übrigen Begrenzungswänden dieser Höhle kommen wohl keine papulösen Wucherungen vor.

Mit grosser Vorliebe entstehen syphilitische Papeln an den Uebergangsstellen der allgemeinen Decke in die Schleimhaut überhaupt und so hier insbesondere an den Eingangsstellen in die Mund- und Nasenhöhle, auf und nächst den Lippen und Nasenflügeln.

Die steile und meist eingerissene Papel des Mundwinkels setzt sich mit einer flachen, grauen oder roth (excoriirt) erscheinenden Scheibenhälfte auf die Lippen-Wangenschleimhaut fort.

Abgesehen von dem Vorkommen einzelner, öfters rhagadischer und geschwüriger Papeln auf dem Lippenrande erscheint auch der Lippensaum zuweilen durch confluirende Papeln verdickt, ihre Epitheldecke in ihrer ganzen Ausdehnung spröde, rissig, von häufigen Blutungen unterminirt, theilweise losgehoben, braun- bis schwarz-verborkt, indem sie beim Sprechen, Kauen immer wieder neu einreisst, blutet, dadurch zugleich viel Schmerz und Behinderung dem Kranken bereitet.

§. 208. Auf der Schleimhaut der Nasenflügel und der Nasenscheidewand, so weit es Vibrissae gibt, erscheint häufig eine andere Art von Papel, die aus der Infiltration eines Haarfollikels entstanden ist, ein derbes, braunrothes, etwas schmerzhaftes Knötchen von der Grösse eines gewöhnlichen Akne-Knotens.

Das Epithel über diesen Papeln ist in fortwährender kleinkleiiger Abschuppung begriffen, häufig excoriirt, von braunschwarzen Krüstchen bedeckt, oberflächlich geschwürig, eingerissen, speckig belegt.

Die in den Bereich solchermassen infiltrirter Follikel fallenden Vibrissae erkranken in der Regel auch in der Weise, dass ihr Bulbus geschwellt, eiterig infiltrirt wird und sie entweder in dem Zustande selbst herausfallen, oder sehr leicht aus ihrer Tasche herausgezogen werden können.

---

[1]) Türck. Laryngoskopisch-klinische Beobachtungen. Allg. Wiener med. Zeitung. Nr. 25, 1865.

Das knotig-geschwürige Syphilid der Schleimhaut der ersten Verdauungs- und Athmungswege (Syphilis gummo-ulcerosa mucosae).

§. 209. Die den Gummaknoten und deren Zerfallformen, den Geschwüren der allgemeinen Decke entsprechenden syphilitischen Infiltrate der Schleimhaut und des retromucösen Bindegewebes der gedachten Cavitäten kommen nur in den Recidiv- und Spätperioden der Syphilis zur Entwicklung. Sie gestalten sich je nach dem Orte ihres Vorkommens entweder diffus, oder circumscript. Diese letzteren Formen sind es besonders, denen der Name der Gummata besonders zukommt.

Unter kaum merklicher Empfindung, aber deutlichen Congestions- oder Entzündungserscheinungen wird allmälig die Schleimhaut an einer circumscripten Stelle geröthet, verdickt, starr. Zuweilen kann man entsprechend einen schrotkorn-, erbsen-, bohnen- bis haselnussgrossen, derb-elastischen Knoten (Gumma) fühlen, der zwischen den Fingern die eben geschilderte Consistenz und einen streng umschriebenen Contour erkennen lässt und sich gegen das geschmeidige Gewebe seines Bettes fast ebenso scharf abmarken lässt, wie eine nach der Heilung eines Schankergeschwüres in der Tiefe des Grundes zurückgebliebene Sclerose des Präputium.

Manchmal dagegen erscheint die betreffende Schleimhautpartie diffus, aber intensiv geröthet und geschwellt; wohl aber befindet sich auch da in der Mitte des Herdes eine dem Gumma entsprechende derbere Consistenz.

Sehr häufig auch entsteht das Infiltrat ursprünglich im submucösen Gewebe und dringt es erst beim weiteren Wachsthum in das Corium der Schleimhaut selbst vor.

Ein solcher Knoten kommt bei spontanem Verlaufe selten zur Resorption. In der Regel ist sein Schicksal eiteriger Zerfall und es kommt zur Geschwürsbildung, und nur bei zweckentsprechender Behandlung zur Resorption.

Der eiterige Zerfall des Gumma beginnt entweder im Inneren des Knotens und schreitet von da aus allmälig nach der Oberfläche. — Oder aber, die Destruction nimmt ihren Anfang von der Oberfläche, und dringt von da aus gegen die Tiefe.

Diese zweifache Art des Zerfalles der Gummaknoten hat einen begreiflichen Einfluss auf die Gestaltung der aus dem Zerfalle nunmehr hervorgehenden Geschwüre. Sie stellen im ersteren Falle geschwürige Höhlen dar, deren inneres Lumen weit grösser sein kann, als die von der Oberfläche her zu ihr führende Geschwürsöffnung. Im zweiten Falle dagegen präsentiren sie flache Geschwüre, deren Rand und Grund aus infarcirtem Gewebe bestehen und demnach selber hart, gummaartig sich anfühlen.

Solche Geschwüre können demnach von ihrem Sitze auf der Zungenschleimhaut her tief in die Substanz der Zunge selbst dringen; auf dem harten Gaumen entstanden, dessen Knochendach arrodiren und perforiren; können den Kehldeckel mehr weniger zerstören, die Knorpel des Kehlkopfes, die Stimmbänder vernichten, die Knochen und Knorpel der Nase, der Flügel, des Daches, der Scheidewand durchbrechen etc. Sie gehören demnach in Rücksicht auf ihre Schädlichkeit unter den syphilitischen Processen wohl zu den bedeutendsten.

Je nachdem die von einem solchen Infiltrate betroffene Schleimhautpartie auf ihre Unterlage unbeweglich, oder mehr beweglich fixirt ist; je nachdem diese Unterlage selbst lockeres, auseinander drängbares Binde-, oder Muskelgewebe, oder Knochen, oder Knorpel formirt; und je nachdem die heimgesuchte Oertlichkeit in physiologischer Beziehung von grösserer oder geringerer Bedeutung ist, werden auch die weiteren Formveränderungen, Folgen und Bedeutung der Infiltration verschieden sich gestalten.

Knotensyphilis der Zunge.

§. 210. Gummata der Zunge trifft man meist nur einzeln, in seltenen Fällen zu zwei und drei, in oder unter der Schleimhaut, in der Mitte des Zungenrückens, oder auch näher dem Zungenrande, als schrotkorn-, bohnen-, bis haselnussgrosse Knötchen von der derbelastischen Consistenz der Gummata. Sie protuberiren zumeist nicht über das Niveau der Schleimhaut, so dass sie erst durch die zufühlenden Finger, welche die betreffende Partie der Zunge zwischen sich fassen, erkannt werden. In einzelnen Fällen dagegen bilden sie eine dem blossen Anblicke schon auffällige Hervorwölbung am Rücken oder am Rande der Zunge.

War das Gumma im submucösen Zellgewebe, oder in der Zungenmuskelsubstanz entstanden, so erreicht es doch alsbald in seinem Wachsthum die Schleimhaut selbst, in welche dasselbe vordringt, so dass sie an dieser Stelle prall gespannt, verdickt, infiltrirt erscheint.

Meist fühlt sich der Knoten der Zunge auch dann noch seitlich ziemlich strenge umschrieben an; ein andermal jedoch ist eine solch' scharfe Umgrenzung nicht wahrzunehmen.

Nicht immer ist die Entwicklung des Gumma hier mit Schmerzen verbunden. Eine gewisse Gêne macht sich erst bemerkbar, wenn einmal die Zunge durch den Knoten unbeweglicher geworden und dadurch das Sprechen und Kauen behindert.

Dagegen stellen sich jedesmal Schmerzen ein, wenn der Knoten erweicht, zerfällt und sich in ein Geschwür umgewandelt hat.

Die infiltrirte Partie zerfällt geschwürig von der Oberfläche her, und formirt dann ein missfärbiges, unebenes, von derben, infiltrirten, scharf abgesetzten, oder etwas losgewühlten, derben, zackigen, wie ausgenagten, lividen Rändern, und einem ebenso starren, speckig aussehenden, harten, unebenen Grunde begrenztes, sehr schmerzhaftes Geschwür.

In anderen Fällen hat der Zerfall des Knotens von der Tiefe aus begonnen. Hier hat die Zerstörung bereits einen grossen Umfang erreicht, bevor es zur Eröffnung des Erweichungsherdes kommt. Diese erfolgt mittels einer kleinen Spalte. Die Erscheinungen gestalten sich dann wesentlich anders. Statt des flachen, offenen Geschwüres findet sich eine rissförmige Oeffnung von unregelmässiger, zackiger Gestalt, und dicken, starren, unbeweglichen, von Blut suffundirten, oder lividgrauen Rändern, bei deren gewaltsamem Auseinanderdrängen man den Einblick in ein umfangreiches, oft nussgrosses, von grau-gelben, käsigen, bröckelig-körnigen, mit Eiter und Blut untermischten Massen erfülltes, von missfärbigen, derben, wie aufgewühlt-rauhen Wänden begrenztes

Geschwürscavum gewinnt, — ein Geschwür von so grossem Umfange, wie die oberflächliche schmale Rissöffnung gar nie hätte vermuthen lassen.

Schleimhaut-Gummata des harten Gaumens.

§. 211. Am harten Gaumen finden sich häufig mehrere getrennt stehende Gummaknoten, aus deren Zerfall dann eben so viele Geschwüre entstehen, die anfangs durch Schleimhautbrücken von einander getrennt sind, aber alsbald in die Tiefe und in die Peripherie sich ausbreiten und nach Consumtion der Schleimhautbrücken ein das ganze Dach der Mundhöhle einnehmendes und bis auf den noch gesunden, oder schon entblössten, oder nekrotischen Knochen das Palatum durum reichendes Geschwür darstellen.

War das Gumma ursprünglich im retromucösen Bindegewebe dieser Region entstanden, so beginnt auch der Zerfall in der Tiefe und der Kranke merkt kaum Etwas von dem Vorgange. Eines Tages empfindet er eine Stelle des harten Gaumens der Medianlinie entsprechend, oder zur Seite von derselben schmerzhaft. Die Schleimhaut erscheint daselbst in entsprechender Ausdehnung, geröthet, zuweilen etwas vorgewölbt; man ahnt kaum etwas Schlimmes, und — über Nacht, in wenigen Stunden, ist die Schleimhaut perforirt. Im Grunde liegt nekrotisch-missfärbiges Gewebe, oder gar der nekrotische, schwarzgraue Knochen, oder dieser fällt in Einem aus und die Luft dringt beim Sprechen, die Flüssigkeiten beim Trinken von der Mundhöhle aus in die Nasenhöhle.

Knotig-geschwürige Syphilis des Gaumensegels.

§. 212. Ganz ähnlich verhält sich der Process, wenn er den weichen Gaumen betrifft, der für die syphilitischen zerfallenden Infiltrate einen Lieblingsherd der Ablagerung bietet.

Es scheint, dass die hier in Rede stehenden chronischen syphilitischen Infiltrate und Gummata zumeist in das lockere Bindegewebe abgelagert werden, welches das vordere Blatt des Gaumensegels mit dem hinteren verbindet; gewiss seltener in das Gewebe der Schleimhaut selbst, und dann sicherlich nur in die tieferen Gewebsschichten derselben.

Das Gaumensegel, ein Gaumenbogen, zeigt sich in einer beschränkten Ausdehnung, oder bei Anwesenheit mehrerer und grösserer Knoten durchwegs lividroth, von strotzenden venösen Netzen durchzogen, das Zäpfchen hydropisch. Der Kranke klagt über Gêne, Schmerzhaftigkeit beim Schlingen.

Hat das in die Tiefe gebettete Infiltrat die oberste Schleimhautschichte erreicht, und ist es im Inneren der eiterigen Schmelzung anheimgefallen, so röthet sich in der kürzesten Frist die Schleimhaut über demselben in beschränkter, entsprechender Ausdehnung.

Plötzlich steigern sich die Schmerzen, die Entzündung; man glaubt allenfalls eine Exacerbation der chronischen Angina vor sich zu haben, bis plötzlich die Schmelzungshöhle sich eröffnet und das Loch in der Schleimhaut fertig ist. Von vorn her erblickt man ein unregel-

mässiges, rundliches, konisch-vertieftes, trichterförmiges Geschwür, von gelbem, speckigem, derbem Grunde, und eben so beschaffenen, meist wenig unterminirten, sondern anf der Infiltration der unterliegenden Gewebe starr aufgelötheten, scharf abgesetzten Rändern umgeben, während die angrenzende Schleimhaut weit hinaus lividroth, ödematös, vorgewölbt erscheint.

Der Destructionsprocess hält in der Regel nicht so bald inne, sondern greift weit um sich, und ausser dem öfteren Durchbruch des Gaumensegels werden häufig genug das ganze Zäpfchen, mehr weniger grosse Theile des Gaumensegels, der Gaumenbögen vernichtet, und greift die Ulceration auf die Mandeln, die Zunge, den Kehldeckel u. s. w. über.

Nur in wenigen glücklichen Fällen beschränkt sich die Verschwärung auf die ursprünglich erfasste Partie, und schliesst sich die Perforationsöffnung, Dank einer alsogleichen zweckmässigen Behandlung, durch constringirende Narbenbildung ganz, oder bis auf eine unmerkliche Oeffnung.

Häufig genug hat es jedoch dabei nicht sein Bewenden, und es kommen gerade im Verlaufe dieses Verschwärungsprocesses auch die auffälligsten Verstümmelungen der den Isthmus faucium constituirenden Gebilde, des Segels, der Gaumenbögen, des Zäpfchens, der Mandeln vor; und eben so jene vielfachen Verwachsungen der letzteren, der Uvula, eines oder beider Gaumenbogenränder, des Velums längs seiner ganzen freien Begrenzung, einfach, oder durch Vermittlung von kurzen, straffen, oder auch oft sehr langen Narbensträngen, unter einander und mit der hinteren Rachenwand; — kurz Verstümmelungen, Zerrungen und Verwachsungen in den abenteuerlichsten Gestalten.

Die Uvula wird in Folge seitlicher Narbenrestriction wurm-, hakenförmig gekrümmt; das Gaumensegel wird in Form eines Zeltes horizontal, oder schief, unregelmässig an die hintere Rachenwand angelöthet; oder es spinnt sich ein ganzes Balkengeflechte von Narbensträngen von den Arcaden, dem vorhandenen oder theilweise abgängigen Zäpfchen, von der Basis des letzteren gegen die Seitenwände des Pharynx und nach allen möglichen Richtungen.

Knotig-geschwürige Syphilis der Kehlkopfschleimhaut.

§. 213. Die in der Schleimhaut des Kehlkopfes und seiner Adnexe entstehenden Gummata werden wohl selten als circumscripte oder diffuse Infiltrate, vielmehr schon im Zustande ihres geschwürigen Zerfalles, beobachtet und erkannt. Man trifft solche auf dem Kehldeckel, der Schleimhaut der Ligamenta ary-epiglottidea, der Ligamenta glosso-epiglottidea, der Ventriculi Morgagni, sowie über den Wrisbergischen und Santorinischen Knorpeln.

Die durch den Zerfall solcher meist schleichend sich entwickelnden Knoten entstandenen Geschwüre arrodiren von der Fläche her, grubenförmig oder, noch häufiger, vom Rande aus die Epiglottis. So dass in exquisiten Fällen die eine oder die andere Hälfte des Kehldeckels seiner ganzen Dicke nach abgängig erscheint, und nur noch ein schmutzig-gelbgrau belegter, zackig abgenagter Stumpf der Epiglottis

übrig bleibt. Von hier aus greift das Geschwür häufig genug weiter auf die benachbarten Gebilde des Kehlkopfes über, auf die Ligamenta, die falschen und wahren Stimmbänder, die Knorpel.

Im Bereiche der Kehlkopfhöhle führen die Geschwüre zur Nekrose der Knorpel, oder umgekehrt, Perichondritis und Chondritis laryngea zur Perforation und Geschwürsbildung mit allen möglichen Complicationen und Folgen: Suffocationsgefahren und letale Suffocation in Folge sich vorwölbender submucöser Abscesse, Lähmung der Stimmritzenmuskeln, collateralem Oedem, Impression der Kehlkopfwand nach Verlust eines Theiles desselben u. s. f.

In den meisten Fällen heilen die Geschwüre mit Hinterlassung von Narben, theilweisem Glottisverschluss und Stimmlosigkeit, welche jedenfalls während der ganzen Dauer des Prozesses vorhanden ist.

Bemerkenswerth sind die ausgedehnten Bindegewebswucherungen, welche auf dem Grunde und in der Umgebung der Kehlkopfgeschwüre auf der Schleimhaut sich herausbilden und theils neuerlich zerfallen, theils zu callösen, warzigen Massen sich gestalten oder gar polypenartige Geschwülste erzeugen, welche consecutive Bildungen auch nach der Heilung der syphilitischen Affection als selbständige Formationen zurückbleiben, und demnach einen persistirenden Krankheitszustand darstellen [1]).

Knotig-ulceröse Syphilis des Schlundkopfes.

§. 214. Auf der Schleimhaut der hinteren Rachenwand, in der Mittellinie sowohl wie an den Seitenwänden, und bis nach vorn gegen die Choanen, kommen rundliche oder unregelmässig-rissige Geschwüre zur Entwicklung, welche von missfärbigem, graugrünem Grunde, zumeist mit zähem Schleim und Eiter bedeckt sind, und deren Ränder hart, zuweilen geradezu callös sich anfühlen.

Es bleibt nun dahin gestellt, ob man in solchen Fällen annimmt, das Geschwür sei aus einem umschriebenen, in und unter die Schleimhaut abgelagerten Infiltrate hervorgegangen, und nicht vielmehr aus der Vereiterung eines Balges oder Schleimfollikels [2]), dessen Umgebung ebenfalls entzündlich infiltrirt, geschwellt ist.

Sicher ist, dass in seltenen Fällen der Ulceration an der hinteren Pharynxwand sowohl, wie an den Seitenwänden schmerzhafte, eine von

---

[1]) Ich besitze das Präparat eines Kehlkopfes von einer Patientin der Hautkranken-Abtheilung, bei welcher neben knotig-ulcerösem Hautsyphilide, mittels des Spiegels, Ulceration des Epiglottisrandes zu sehen war. Unter dem rechten wahren Stimmbande bemerkte man eine rundliche, gestielte Geschwulst, welche bei beginnender Inspiration dem linken Stimmbande sich anlegte und die Inspiration unterbrach, wodurch Suffocationsnoth eintrat. Sodann fiel die Geschwulst ab und die Einathmung wurde vollendet.

In Folge bedenklicher Steigerung der Athemnoth wurde die Tracheotomie gemacht. Die Kranke starb 24 Stunden später. Es fand sich nebst dem Defect der Epiglottis, der drusigen Wucherung und dem erwähnten Polypen der Schleimhaut, ein Geschwür über dem nekrotischen Ringknorpel.

[2]) „Das sieht man am besten am Pharynx und Larynx, wo selbst kleine Gummiknoten oft nicht anders aussehen, wie Follikularhyperplasien.“ Virchow, constit. Syph. p. 412.

intensiv gerötheter Schleimhaut bedeckte Vorwölbung vorangeht, die also auf eine Gumma zurückzuführen wäre.

In einem Falle fand ich im Grunde eines Pharyngealgeschwüres den Wirbelkörper nekrotisch.

Knotig-ulceröse Syphilis im Bereiche der Nasenschleimhaut.

§. 215. Von der Schleimhaut der Nase ist es besonders der Bereich der Nasenflügel und der Nasenscheidewand[1]), wo knotige, derbe Infiltrationen, von der Grösse einer Erbse bis Bohne zur Entwicklung kommen, welche zuweilen den Haarschaft einer Vibrissa in ihrer Mitte tragen und dadurch sich als Infiltration der nächsten Umgebung eines Haarfollikels manifestiren.

Diese Knoten sind spontan und bei Druck schmerzhaft. Anfangs einem blossen Akne-Knoten ähnlich, vergrössern sie sich nach und nach bis zu dem eben erwähnten Umfange. Oder sie setzen sich aus mehreren kleineren und anfangs getrennten, im weiteren Wachsthum aneinander stossenden Tuberculis zusammen.

Unter der Schleimhaut entstanden, fixiren sie alsbald diese über sich, welche allmälig verdickt, granulirt, dabei livid-roth wurde. Gegen die Tiefe hin gewinnt die Infiltrationsmasse nicht minder an Ausdehnung, und erreicht so das Gewebe der jeweiligen Unterlage, in welche der Process vordringt: das Periost, das Perichondrium des knöchernen, des knorpeligen Septums, des dreieckigen Knorpels, sowie durch diese hindurch die allgemeine Decke, die häutige Nasenscheidewand selbst.

In der ersten Zeit erregen diese Knoten wegen ihrer Unansehnlichkeit, ihrer Aehnlichkeit mit einfacher Akne, wenig Aufmerksamkeit. Der Kranke kratzt allenfalls an denselben, verwundet die Oberfläche des Tuberkels, derselbe blutet, es bilden sich braune, braungelbe Krüstchen, aber der Knoten bleibt im Uebrigen unverändert, mit Ausnahme dessen, dass er an Grösse gewinnt. Steht der Knoten auf der Schleimhaut des Nasenflügels, so zeigt sich selbst die Haut über demselben nicht verändert, obgleich der Druck hier schon schmerzhaft ist.

Später zerfällt die Infiltrationsmasse von Innen her, und bricht mit einer kleinen Perforationsöffnung gegen die Schleimhautfläche durch. Wenn man mit einem Lapisstifte in die kleine, oberflächliche Geschwürsöffnung dringt, so bemerkt man zum grossen Schrecken, dass der Crayon mit erstaunlicher Leichtigkeit in die Tiefe sich einsenkt. Man gelangt mit ihm bis in das Corium, auf den Knochen, den Knorpel.

Oder es röthet sich, noch bevor der Knoten gegen die Nasenhöhle sich eröffnet, oder gleichzeitig, oder bald nachher, auch die Haut des Nasenflügels, entsprechend dem unter ihr gelegenen Tuberkel, und wird nun auch ihrerseits perforirt und im Umfange des unterliegenden, zerfallenden Knotens unterminirt.

Durch den gleichen Vorgang wird auch die Nasenscheidewand an dem häutigen, dem knorpeligen oder knöchernen Theile durchbohrt,

[1]) Von den Erkrankungen im Bereiche der höher gelegenen und der Inspection nicht zugänglichen Nasenhöhlenpartien sehen wir hier ab, indem dieselben bei den Erkrankungen der Knorpel und Knochen noch zur Sprache kommen, die in diesen Regionen die wesentlichste Affection darstellen.

nachdem an letzterer Stelle der Knochen theilweise nektrotisch exfoliirt worden. Zumeist entspricht die Perforationsöffnung den jeweiligen Verbindungsstellen zwischen Knorpel und häutigem Septum. Bisweilen auch geschieht die Durchbohrung hart unter dem häutigen Nasendache, knapp vor dem oberen, vorderen Winkel der Cartilago quadrangularis.

In allen den Fällen ist die Durchbohrung mittels blosser Inspection wahrzunehmen, wenn keine Krusten vorgelagert sind; oder man kann mittels einer gekrümmten Sonde dieselbe ermitteln.

Die geschilderten knotigen Infiltrationen haben in ihrer Entwicklung, Form und ihrem Verlaufe, ihrem eiterigen Zerfalle und dessen Folgen eine so auffallende Aehnlichkeit mit den an denselben Stellen zur Entwicklung kommenden Gebilden des Lupus, dass die Differenzirung in der Diagnose oft sehr erschwert wird, und man, wegen dieser Aehnlichkeit sogar die gleiche Bezeichnung Lupus syphiliticus, eine Bezeichnung, die, wie ich an anderer Stelle begründet habe, aufgegeben werden soll, aufrecht erhalten wollte.

Nebst den das Septum narium in allen seinen Theilen betreffenden Destructionen, können die durch den geschwürigen Zerfall der syphilitischen Knoten eingeleiteten Ulcerationen, in ihrer Tendenz zur peripheren und intensiven Verbreitung, grössere oder geringere Theile eines, oder beider Nasenflügel vernichten. Bisweilen consumiren sie den dreieckigen Knorpel gleichsam nur subcutan, die Haut des Nasenflügels ganz, oder theilweise über sich stehen lassend.

Im Allgemeinen haben die Infiltrate an den zuletzt besprochenen Stellen, auf der Schleimhaut der Nasenscheidewand und der Nasenflügel, eine viel grössere Tendenz schon frühzeitig geschwürig zu zerfallen, und viel geringere Neigung zu persistiren, um dann, fettig-amyloid metamorphosirt, zur Resorption zu gelangen, als z. B. die Knoten der Zunge, welche oft viele Monate lang ihre ursprüngliche Consistenz und den Aggregatzustand ihrer ersten Anlage bewahren. — Es muss daher die Behandlung der genannten chronisch-syphilitischen Infiltrate der Nasenschleimhaut frühzeitig, und zwar allgemein und local, sehr energisch durchgeführt werden, wenn man die Resorption der Knoten noch ermöglichen und den entstellenden Zerstörungen, welche ihr geschwüriger Zerfall schon bei mässiger Intensität veranlasst, vorbeugen oder Einhalt thun will.

In den oberen Nasengängen mögen wohl auch analoge syphilitische Erkrankungen der Schleimhaut vorkommen. Allein sie gelangen nicht zur klinischen Wahrnehmung. Vorwiegend erkrankt hier dieselbe consecutiv in Folge Knochen- und Knorpelaffectionen.

Diagnose des knotig-geschwürigen Syphilides der Schleimhaut.

§. 216. Aus der bisher dargelegten Symptomatologie der chronischen syphilitischen Infiltrate müssen alle jene Momente abstrahirt werden, welche als Behelfe bei deren Diagnose zu verwenden wären. Wir haben jedoch schon angedeutet, dass ihre Symptome nicht in allen Fällen zur unzweifelhaften Erkenntniss des Processes führen.

Dies bestätigt sich besonders häufig bezüglich des Gumma der Zunge, dem gegenüber oft viele bewährte Specialisten in ihren Anschauungen so differiren, chirurgische und syphilidologische Capa-

citäten dasselbe für ein Sarcom, für ein Carcinom, für eine dickwandige Cyste, für ein Gumma ansehen; wo sie ein offen zu Tage liegendes, misslich aussehendes Zungengeschwür, wofern die **mikroskopische Untersuchung** nicht ein Carcinom unzweifelhaft zu erweisen vermochte, für syphilitisch, für carcinomatös, für tuberculös, für traumatisch (durch einen vorstehenden Zahn oder Zahnstumpf) halten, und endlich die Entscheidung doch der Beobachtung des weiteren Verlaufes und der Therapie anheimstellen müssen.

Vergeblich stellte man auf [1]), der Scirrhus habe eine derbere Beschaffenheit als das Gumma; vergebens dass letzteres mehr umschrieben sei, ersterer sich mehr gegen die Umgebung verliere (einige Autoren demonstriren gerade umgekehrt); vergebens hat man auch von der Beschaffenheit der einmal gebildeten Geschwürsoberfläche für und gegen das Gumma und den Krebs Anhaltspunkte zu deren gegenseitiger Differenzirung abstrahiren wollen. Alle diese Data zeigen sich im gegebenen Falle unzureichend.

Das Gumma ist eben so oft nicht strenge umschrieben, als der Krebsknoten mehr scharf begrenzt erscheint. Die Härte des Infiltrates kann häufig schon gar nicht mehr genau ermittelt werden, wenn die umgebenden Gewebe der Zunge bedeutend geschwellt, entzündet sind; und der Scirrhus bietet ebenso häufig eine Geschwürsfläche dar, welche blutig, körnig, zerrissen aussieht, wie das Gumma; die Schwellung und Infiltration der benachbarten Lymphdrüsen lässt uns sehr oft im Stiche. Wahr ist es freilich, dass bei Syphilis die Schwellung der Drüsen (Submaxillaris, Parotis) kaum jemals bis zu Tauben- und Hühnereigrösse gediehen angetroffen wird, wie dies bei Krebs zuweilen der Fall ist. Allein, im Ganzen ist selbst dies selten genug; und hat man es vollends mit einem Individuum zu thun, das schon vor der Erkrankung an der Zunge grosse, derb infiltrirte Lymphdrüsen am Halse trug, so verliert man auch diese diagnostische Handhabe.

Dazu ist noch zu bemerken, dass, wie früher erwähnt worden, aus den Epithelialschwarten der im früheren Capitel geschilderten Keratosis syphilitica der Zunge bisweilen Epithelialcarcinom hervorgeht, so dass der Fall eintreten kann, wie ich in der Sitzung der k. k. Gesellschaft der Aerzte [2]) vom 27. März 1874 gelegentlich besprach, dass

---

[1]) W. Lawrence (vid. namentlich): „Ueber die syphilitischen Geschwüre der Zunge", ein klinischer Vortrag, gehalten im St. Barthol. Hosp., London, mitgetheilt von W. Benningson in Behrend's „Archiv für Syphilis und Hautkrankheiten", I. B. 2. H. p. 292; 3. H. p. 431 et seq.

[2]) In jener Sitzung (Anzeiger der k. k. Ges. der Aerzte, Nr. 25, 1874) bemerkte ich, dass das Ausschliessen von Carcinom bei einem Syphilitischen oder syphilitisch Gewesenen a priori gar nicht begreiflich wäre, sondern nur, dass Krebs bei Syphilitischen selten zu finden sei.

Das mag nun wahr sein, liegt aber dann sicher in Verhältnissen, die mit der Syphilis nichts zu thun haben, und ihrerseits erst besonderer Studien bedürfen.

Dagegen wollte ich constatiren, dass aus syphilitischen und durch Syphilis veranlassten Productionen sich Carcinom entwickeln könne, aber nur unter den allgemein, und nicht für Syphilis allein geltenden Erfahrungsnormen, dass nämlich allenthalben, wo in chronischer Weise eine, namentlich im Sinne der Hyperplasie oder der Pigmentbildung alterirte Epidermisbildung stattfinde, aus dieser ein Epitheliom hervorgehen kann.

Ich machte aufmerksam auf jene als Plaques opalines bekannten und von

[illegible]

[illegible] Geschwüre [illegible] Charakteren der syphilitischen Geschwüre, die Diagnose erleichtern. [illegible] und rascher Verlauf [illegible] zu betonende Eigenschaften der syphilitischen Geschwüre.

§. 217. Die syphilitische knotige Infiltration des Gaumensegels kann mit Lupus, Lepra, Tuberkeln, Epithelialcarcinom und Rhinosklerom verwechselt werden, dies um so leichter, als auch diese Processe Zerstörung, Narbenbildung und Schrumpfung der Gaumenpartien zur Folge haben.

---

mir sub Psoriasis et Keratosis mucosae oris et linguae beschriebenen silbergrauen, dicken Epithelschwarten, welche bei Syphilitischen auftreten und lange Jahre als selbständiges Uebel fortbestehen, nachdem längst kein anderweitiges Syphilissymptom sich mehr gezeigt hat. Diese Schwarten kann ich (wie im Texte oben gezeigt wurde) nicht als Symptome einer noch vorhandenen syphilitischen Dyskrasie ansehen, obgleich dieselben andererseits als untrügliche Zeichen einer vorausgegangenen Syphilis zu gelten haben, und eventuell mit factischen Recidiven von Syphilis vergesellschaftet sein können.

Aus diesen Epithelialschwarten nun habe ich Epithelialcarcinom hervorgehen gesehen.

Für gewöhnlich hat eine solche Entwicklung von Carcinom nur die Bedeutung der aus hyperplastischen Epithelialgebilden überhaupt, z. B. aus benignen Warzen hervorgehenden Epitheliome.

Mit Bezug auf den verhandelten Gegenstand nun erzählte ich den Fall eines Mannes, bei welchem auf der rechten Seite der Zunge aus den geschilderten Epithelhypertrophien sich Carcinom entwickelte zur Zeit, als der Patient an der dritten Recidive von Psoriasis palmaris von Prof. Hebra und mir behandelt wurde. Hier war also auch evidente Syphilis gleichzeitig mit Carcinom vorhanden.

Der Kranke wurde von Prof. Billroth an der Zunge operirt und starb ein Jahr später an Krebs der Halsdrüsen.

[1]) Türck sagt, dass „die Geschwüre der wahren Stimmbänder in den allermeisten Fällen nichts Charakteristisches" haben, und „ihre Diagnose demnach auf die Anamnese oder andere Erscheinungen constitutioneller Syphilis" gegründet werden müsse, und (l. c. pag. 226): „In der Regel haben alle diese Geschwüre nichts Charakteristisches."

Bezüglich des Lupus ist zu bemerken, dass derselbe nur selten primär auf der Schleimhaut gesehen wurde, sondern dass meist gleichzeitig Lupus der Gesichtshaut oder anderer Hautpartien oder wenigstens Spuren (Narben) der letzteren constatirt werden können. Lupus verläuft überdies äusserst langsam, macht niemals so charakteristische, tief greifende Geschwüre, und kennzeichnet sich überhaupt durch eine Reihe von Symptomen, welche ich in meinen Werken über Hautkrankheiten ausführlich angeführt habe.

Auf dieselben Werke muss ich auch hinweisen bezüglich der differentiellen Merkmale, welche daselbst bezüglich der Lepra, des Epithelialcarcinoms und des Rhinoscleroms angeführt sind, wobei ich wohl nochmals betonen muss, dass die Schwierigkeiten für die Diagnose zuweilen ausserordentlich gross, und oft erst nach längerer Beobachtung zu beheben sind.

§. 218. Die chronischen syphilitischen Affectionen der Schleimhaut der Nasenflügel und der Membrana Schneideri sind leicht mit Ekzem und Sykosis zu verwechseln.

In Folge von Sykosis entstehen auf der Schleimhaut Knoten und tiefe Eiterungen (Abscesse, Anthrax), die denen von Syphilis unter Umständen sehr ähnlich sind. Wenn nun an der bebarteten Haut des Gesichtes keine Sykosis-Erscheinungen zu finden sind; wenn man dagegen mehr, weniger tiefe Substanzverluste des Coriums, an deren Oberfläche Eitermassen adhäriren, und die an der Peripherie abgehackt erscheinen, desgleichen in ihrer Form Nieren, Halbkreisen oder Kreissegmenten gleichen, vorfindet: so wird man keinen Anstand nehmen, die so beschaffenen Veränderungen der Nasenschleimhaut für Syphilis zu erklären.

Wenn jedoch beim Abgange anderweitiger Sykosis-Erscheinungen einzig und allein jene Formen auf der Schleimhaut vorhanden sind, welche den ersten Entwicklungsstadien der Syphilis einerseits, und andererseits der entstehenden Sykosis entsprechen, dann muss wohl die Diagnose noch andere Momente zu Hilfe rufen, die nicht in den auf der Schleimhaut vorfindlichen Veränderungen allein beruhen.

Die auffälligste Aehnlichkeit bieten die chronisch-syphilitischen Infiltrate, Knoten und Geschwüre der Schleimhaut der Nasenflügel mit den knotigen und verschwärenden Infiltrationen des Lupus dar. Diese Aehnlichkeit hat sogar auf die Terminologie ihren Einfluss geübt; indem man in dem Falle, wo die Knoten sich sehr langsam entwickeln, wo man jedoch wegen anderweitiger an dem Individuum vorfindlicher auf Syphilis deutender Indicien eben die Syphilis als Ursache der Knoten anzusehen sich entschliessen muss, dieselben mit dem Namen des Lupus syphiliticus zu belegen pflegt.

Bezüglich dieses Punktes gelten dieselben Merkmale, welche ich in Bezug auf die Diagnose des ulcerösen Syphilides der Nase hervorgehoben habe.

Aus dem Gesagten erhellt zur Genüge, wie schwierig zuweilen die Entscheidung, ob die an den Nasenflügeln vorkommenden Knoten und Geschwüre Syphilis, oder Lupus, eine von Syphilis differente Formation sei.

§. 219. Als Resultat all' der vorausgegangenen Betrachtungen ergibt sich die Nothwendigkeit, dass man bei der Diagnose die Charaktere der vorgefundenen örtlichen Veränderungen wohl ins Auge fassen, bei deren Prüfung jedoch nicht allein stehen bleiben solle; sondern zugleich auch alle jene Momente in reifliche Erwägung ziehe, welche die Gegenwart der allgemeinen, constitutionellen Syphilis andeuten und zu erkennen geben. Es müssen die Genitalien, die Lymphdrüsen an den bekannten Oertlichkeiten, die allgemeine Decke auf etwaige Efflorescenzen untersucht, und endlich auch die anamnestischen Data nicht verschmäht werden, welche unter gehöriger Kritik jedenfalls mit zu benützen sind; und überdies muss noch in manchen Fällen von dem weiteren Verlaufe die schliessliche Diagnose abhängig gemacht werden.

Nicht selten ereignet es sich, dass man ex juvantibus zur Diagnose gelangt. Dieses Mittel ist hier um so weniger zu verschmähen, als es bisweilen einzig zum Ziele führt, und als es Fälle gibt, wo die Benützung desselben ohne Nachtheil für den Kranken möglich ist, — in solchen nämlich, wo kein periculum in mora.

Findet sich z. B. ein Knoten in der Zunge von nicht zu sehr behinderter Grösse, und schwankt die Diagnose zwischen Krebs und Syphilis, so wird der Kranke Nichts dabei verlieren, wenn man die Diagnose in suspenso lassend, durch 2—4 Monate den Versuch mit einer antisyphilitischen Kur wagt, Kalium jodatum innerlich, oder Einreibungen von Ung. einer. anwendet u. s. w. Auf alle Fälle wird es in diesem Zeitraume sich herausstellen, ob das vorhandene pathologische Gebilde einer solchen Kur weicht, in welchem Falle doch gewiss die Prüfungszeit gut angewendet worden; oder es stellt sich der Knoten als Krebs heraus, und dann ist ja noch immer Zeit, den erforderlichen chirurgischen Eingriff vorzunehmen.

Wir geben diese wenigen Andeutungen nur um zu zeigen, dass in sehr vielen Fällen von dem weiteren Verlaufe der vorgefundenen Infiltrate und Geschwüre die Diagnose und die therapeutischen Massnahmen des Arztes abhängig gemacht werden müssen.

Einen nicht unerheblichen Behelf zur Diagnose liefert bisweilen die Rücksichtnahme auf die Zeit der primären Infection, und auf die Art und gegenseitige Beziehung der gleichzeitig am Körper vorfindlichen, auf Syphilis hindeutenden pathologischen Vorkommnisse.

Verhältniss der knotig-ulcerösen Syphilis der Schleimhaut zur Allgemeinerkrankung.

§. 220. Während ein Theil der im Früheren geschilderten Schleimhautaffectionen mit der constitutionellen Erkrankung allerdings genetisch zusammenhängt, im Uebrigen aber, nach meinem Urtheile, nicht selber mehr Syphilis bedeutet (Keratosis mucosae), haben die zuletzt besprochenen knotig-ulcerösen Affectionen geradezu den Werth eines Zeichens von der noch sehr lebhaften Wirkung der syphilitischen Allgemeinerkrankung, gerade so wie die Papeln. Sie gehören aber zumeist der späteren und spätesten Periode der Syphilis an, und kommen darum auch entweder nur ganz isolirt, oder nur mit solchen Productionen vergesellschaftet vor, welche erfahrungsgemäss in den späteren

Perioden der Syphilis aufzutreten pflegen. Also wieder nur mit ähnlichen pathologischen Erzeugnissen, mit chronischen, knotigen Infiltrationen anderer Organe: mit ulcerösen Formen der Haut, oder mit chronischen Infiltraten des Periosts, der Knochen, der Parenchyme: mit Tophis, Periostitis, Caries und Nekrose, Perichondritis: mit Gummatibus innerer Organe, der Leber, der Hoden, des Hirns, mit knotiger Iritis syphilitica, mit Chorioiditis und Retinitis, Affectionen des Nervensystems.

So evident sie nun auch Syphilis bedeuten, so ist doch schon hier hervorzuheben, dass sie in der Regel doch nur als örtliche Affectionen, namentlich mit Rücksicht auf ihre destructive Tendenz, von grossem Belange sind. Denn, wofern sie nicht ausnahmsweise schon in der Frühperiode der Syphilis (dem papulösen Stadium, nach Zeissl) auftauchen, erweisen sie sich weder direct, noch hereditär contagiös — eine negative Eigenschaft, die überhaupt der Spätsyphilis zugesprochen werden darf.



NAME 1937	DATE DUE